UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1909 N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DILATATIONS DITES IDIOPATHIQUES DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 mars 1909, à 1 heure

PAR

J. DE BON

Président	M. DIEULAFOY, *professeur.*
Juges	MM. Alb. ROBIN, *professeur.* Gilb. BALLET, *professeur.* JEANSELME, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1909

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Professeur ROBIN (1901-1902) ;

M. le Docteur BROCQ (1902-1903) ;

M. le Docteur ACHARD, professeur agrégé (1903-1904) ;

M. le Docteur SCHWARTZ, professeur agrégé (1904-1905) ;

M. le Docteur MATHIEU (1905-1906) ;

M. le Docteur MATHIEU (1906-1907).

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Les dilatations dites idiopathiques de l'œsophage ont depuis quelque temps suscité de nombreux travaux parmi lesquels la toute récente revue générale que MM. Bensaude et Rivet ont consacré à cette affection. Nous n'avons pas la prétention de refaire ce très consciencieux travail et nous nous bornerons à apporter deux cas nouveaux de dilatation dite idiopathique, dont l'un nous est personnel et dont nous devons le second à l'obligeance de MM. J. C. Roux et Laboulais ; et aussi un cas curieux de dilatation sus-jacente à un néoplasme du cardia, se présentant avec toutes les allures d'une dilatation dite idiopathique.

Nous comparerons ces observations entre elles, et nous en discuterons le diagnostic après avoir brièvement rappelé l'historique de la question et étudié les diverses théories pathogéniques.

Nous insisterons d'une façon toute spéciale sur l'importance que présente la dilatation qui s'était développée au dessus d'un néoplasme du cardia très limité et de marche lente ; cette dilatation se présentait en effet avec tous les caractères des dilatations sus-jacente à un spasme du cardia et présentait les mêmes dimensions que celle dont était atteint un de nos malades, porteur d'un cardio-spasme certain.

Historique. — Purton en 1821, publie l'observation d'un homme qui dans sa jeunesse, à la suite d'un traumatisme violent de la région sternale avait été pris brusquemet d'une dysphagie continuelle présentant des paroxysmes durant parfois plusieurs semaines.

En dehors de ces exacerbations de la dysphagie qui empê-

chaient toute alimentation, le malade pouvait, grâce à de violents efforts, faire progresser les aliments vers l'estomac ; le cardia ne pouvait être franchi que lorsque la poche était totalement distendue.

Le malade mourut à l'âge de 45 ans et l'autopsie révéla l'existence d'une dilatation de l'œsophage s'étendant de deux pouces au-dessous du pharynx jusqu'au cardia, et dont la capacité après mesure prise, était d'environ deux litres ; le cardia était perméable mais fortement contracté.

En 1833 Haunay observa un cas analogue ; la maladie remontait à l'enfance et avait pour origine un traumatisme violent de la poitrine ; la sonde passait librement dans l'œsophage qui fut à l'autopsie trouvé dilaté.

Différents auteurs publièrent dans les années suivantes quelques cas isolés. Cruveilhier, en particulier, rapportant un cas de dilatation de l'œsophage, sans sténose organique aborde la pathogénie de cette affection et se demande si elle résulte d'un vice de conformation ou d'un spasme limité à une portion de l'œsophage.

Les auteurs étrangers continuent à rapporter de nombreux cas (Kreuder, Leichtenstern, Hœlder, Maybaum, Fleiner, Jaffe, Rumpel, Winbrecht, Ewald, Boas, Reitzenstein, Netter, Westphalen, Rose, Yung).

Jusqu'à cette époque les dilatations œsaphagiennes n'étaient guère reconnues qu'à l'autopsie ; mais les procédés d'investigation vont se perfectionner et Strumpell, Mermod, Meltzer ont le mérite d'établir l'existence clinique de cette affection et permettent d'en poser le diagnostic.

Rosenheim par ses recherches œsophagoscopiques, Rumpel en appliquant à l'œsophage l'examen radioscopique facilitent encore le travail du clinicien. Mintz et Rumpel tentèrent même de pratiquer la transillumination de l'œsophage qui leur aurait donné, dans des cas très nets de dilatation, des résultats satisfaisants.

Max Einhorn (de New-York), au Congrès de médecine de Paris de 1900, fit un rapport sur la question ; il avait relevé un

ensemble de 45 cas connus, parmi lesquels il en apportait 12 observés par lui-même.

Cette communication n'éveilla aucune curiosité en France alors que les étrangers publiaient fréquemment de nouvelles observations. Ce n'est qu'au mois d'avril 1906 que M. G. Lion apporte à la *Société médicale des Hôpitaux* un cas de grande dilatation de l'œsophage avec spasme du cardia.

Depuis lors les travaux se succèdent avec la thèse de H. Baudin sur les sténoses du cardia, les notes de MM. F. Gross et L. Sencert, l'article fort court d'ailleurs que M. Gaillard consacre, dans le nouveau traité de médecine et de thérapeutique, aux dilatations de l'œsophage.

Tout récemment se sont ajoutées les observations de MM. Thiroloit et Bensaude, G. Lion, A. Mathieu et A. Laboulais, Béclère, Guisez, rapportées à la *Société médicale des Hôpitaux*.

ÉTIOLOGIE

Depuis que l'on a appris à reconnaître les dilatations idiopathiques de l'œsophage on a diagnostiqué de nombreux cas qui permettent de supposer que cette affection est loin d'être une exception ; il est même possible que des dilatations très minimes, déterminant des troubles légers puissent passer inaperçues.

Les conditions dans lesquelles cette affection se constitue sont encore fort obscures. Le sexe paraît n'exercer aucune influence, il n'en est pas de même de l'âge, cette affection se développant surtout avant la quarantaine.

On a incriminé, sans apparence de grande raison le tabagisme, l'alcoolisme, la syphilis comme causes prédisposantes ainsi que certaines infections telles que la diphtérie, la grippe, le tétanos. Par contre il est parfois tout à fait impossible de rattacher le début de l'affection à un facteur étiologique quelconque ; c'est ainsi que pour 10 des 12 cas observés par Max Einhorn on ne peut trouver de causes définies.

Il a été plus facile de déterminer les circonstances à propos desquels a éclaté la maladie. Tantôt il s'agit d'irritations locales de l'œsophage, parmi lesquelles il convient de signaler les œsophagites, l'ingestion de liquides brûlants ou glacés. Parfois c'est en voulant déglutir un bol alimentaire trop volumineux que le malade voit apparaître brusquement les accidents de dysphagie, qui se montrent aussi après un traumatisme violent de la région sternale.

Les émotions violentes, les chagrins peuvent se rencontrer au début de la maladie ainsi qu'en font foi les observations de Starck, de MM. Thiroloix et Bensaude.

Fleiner, Lion, signalent la grossesse comme ayant été l'occasion de l'apparition de la maladie ; Meltzer a observé un cas où le début de l'affection avait coïncidé avec la menstruation. Dans tous les cas la maladie se développe chez des névropathes ; on a pensé que l'hystérie jouerait un rôle important ; Bregmann a observé un cas de dilatation chez un épileptique. Fleiner estime qu'il peut exister des dilatations œsophagiennes latentes, congénitales, qui se révèlent brusquement sous l'influence de causes secondaires.

PATHOGENIE

Nous laisserons de côté les dilatations congénitales de l'œsophage qui ont été décrites sous le nom d'antre cardiaque et de préestomac par Lusehka pour ne nous occuper que des théories concernant l'origine des dilatations pathologiques de cet organe.

Trois théories sont actuellement invoquées pour expliquer la formation des dilatations de l'œsophage : la théorie du cardio-spasme, celle de l'atomie œsophagienne, et enfin celle de la dilatation consécutive à une lésion du paneumogastrique.

Théorie du cardio-spasme.

Cette théorie, émise par Cruveilhier, a été défendue en Allemagne par Mikulicz, Meltzer et un grand nombre d'auteurs ; en France presque tous les auteurs qui ont écrit sur la question se sont à peu près ralliés à cette théorie, tout en se rendant compte qu'elle est impuissante à expliquer tous les cas qui se rencontrent. Miekulicz a invoqué la théorie du cardio-spasme après avoir fait de nombreuses constatations œsophagoscopiques. Chez quantité de malades il a en effet trouvé un cardia présentant, pendant l'examen, tous les caractères du cardia fortement contracté. Strumpel, Kast, Rumpel, A. Schmidt, Martin partagent cette façon de voir.

Meltzer a essayé par ses recherches sur le fonctionnement du cardia de montrer la réalité de cette théorie ; il est arrivé à cette conclusion que chaque mouvement de déglutition est le point

de départ d'un réflexe qui fait s'ouvrir le cardia normalement fermé ; le péristaltisme de l'œsophage intervient alors et pousse le bol alimentaire à travers le sphincter momentanément relâché. Si pour une raison ou pour une autre le réflexe inhibiteur qui fait s'ouvrir le cardia ne se produit pas, les contractions péristaltiques de l'œsophage seront impuissantes à elles seules à forcer le passage ; les aliments s'accumulent alors dans l'œsophage qui lutte contre la pression qu'ils déterminent par de violents mouvements antipéristaltiques qui peu à peu produisent une hypertrophie de la musculature de l'organe. La stagnation des aliments agit sur la muqueuse et ne tarde pas à provoquer de l'œsophagite, a un degré plus ou moins considérable, qui contribue à entretenir le spasme du cardia. Puis la musculature finit par se laisser distendre peu à peu par la pression sans cesse croissante des aliments. Ainsi se trouve réalisée, d'après Mickulicz, la dilatation de l'œsophage.

Cette théorie a été adoptée en France par la majeure partie des auteurs qui se sont occupés de la question ; Gross et Sencert l'admettent ainsi que M. Lion. MM. A. Mathieu et A. Laboulais voient dans le cardio-spasme l'origine de la grande dilatation dont ils ont rapporté l'histoire. MM. Thiroloix et Bensaude sont également du même avis ; mais ils font en outre une part assez large à l'œsophagite et appuient sur les caractères tout particuliers du spasme du cardia comparé au spasme des autres sphincters de l'économie.

Cette théorie a pour elle d'avoir été vérifiée soit par les examens œsophagoscopiques, soit au cours d'opérations, soit enfin après la mort. MM. Gross et Sencert ont vu le spasme du cardia à l'œsophagoscope, et Guisez quoique estimant que le spasme pur du cardia est exceptionnel l'a rencontré 4 fois, coexistant avec des dilatations plus ou moins considérables.

Le plus souvent quand on sonde un malade porteur d'une dilatation de l'œsophage on est arrêté au niveau du cardia ; et lorsqu'on a franchi l'obstacle on a la sensation très nette que la sonde est fortement serrée par le sphincter. MM. Thiroloix et Bensaude ont remarqué cette particularité chez un de leur malade

et nous l'avons constatée également chez notre instituteur.

Ces arguments n'ont pas été cependant jugés suffisamment convaincants par tous ; on a observé en effet qu'il arrivait parfois que la sonde franchissait librement le cardia alors même qu'il existait une dilatation (Guttentag, Glucksmann).

Puis on a fait remarquer que les sténoses organiques de l'œsophage n'entraînaient jamais de grandes dilatations de l'œsophage, et que par conséquent la sténose spasmodique était incapable de déterminer l'apparition d'ectasies considérables.

Mickulicz avait déjà répondu à cette objection en disant que le cancer du cardia était des plus rares, que la néoplasie siégeait d'habitude vers la partie moyenne de l'œsophage, que la sténose qui en résultait était moins serrée que la sténose spasmodique et les aliments s'accumulant sur une hauteur moindre avaient un poids insuffisant pour dilater la paroi œsophagine et qu'enfin la survie des cancéreux était trop restreinte pour amener la formation de la dilatation.

Le cas dont nous rapportons l'histoire dans notre observation I confirme la façon de voir de Mickulicz et est à ce propos tout à fait remarquable. Ce malade est atteint d'un néoplasme du cardia, limité et de marche relativement lente. Il est porteur d'une dilatation de l'œsophage, en tous points comparable aux dilatations sus-jacentes à un spasme. Le début brusque des accidents dysphagiques, leur intermittence, leurs paroxysmes violents donnaient à l'affection une allure spasmodique. L'examen radioscopique confirma l'existence d'une dilatation œsophagienne dont la largeur atteignait trois travers de doigt ; elle était donc beaucoup plus considérable que la légère distension qu'il est de règle de trouver au-dessus d'un néoplasme œsophagien. Et pourtant ce malade était bien porteur d'un néoplasme du cardia qui fut mis en évidence par l'examen œsophagoscopique. Au moment où le malade entra à l'hôpital deux mois à peine s'étaient écoulés depuis le début de l'affection et l'ectasie avait eu cependant le temps de se produire. Bien plus, le malade gastrostomisé en juin 1908, et vivant encore actuellement ne peut s'alimenter que par la bouche gastrique, le cardia demeurant imperméable.

Depuis son opération toutes les tentatives faites pour franchir le cardia, sous le contrôle de l'œsophagoscope et après cocaïnisation sont demeurées vaines ; sauf au dernier examen ou quoique le néoplasme fut en pleine évolution le spasme n'existait plus et le cardia était béant. La dilatation a persisté avec son volume primitif et sa capacité qui est d'environ 90 cc. est la même que celle de la dilatation de notre instituteur.

Il est donc possible de voir de grandes dilatations sus-jacentes à un obstacle organique du cardia, et ce fait est un argument de plus pour la théorie qui veut qu'un obstacle simplement spasmodique puisse déterminer la formation d'une dilatation œsophagienne. Signalons encore le cas de M. Sencert dans lequel un malade atteint d'un rétrécissement très probablement congénital de l'œsophage, portait au-dessus de ce rétrécissement une très grande dilatation œsophagienne diagnostiquée par l'examen radioscopique et l'examen œsophagoscopique.

Nous apportons deux cas nouveaux de dilatations de l'œsophage qui semblent confirmer la théorie du cardio-spasme. L'observation I qui nous est personnelle montre en effet un malade chez lequel l'existence du spasme est indiscutable ; l'œsophagoscopie en particulier a montré l'intégrité absolue du sphincter. Les moyens employés pour combattre ce spasme ont été la prescription de teinture de belladone et les dilatations du cardia par la grosse sonde d'Ynurrigaro. Le spasme n'a pas entièrement cédé à cette thérapeutique, mais il s'est de beaucoup amendé et à mesure que l'état spasmodique se calmait nous avons vu, grâce à l'examen radioscopique fréquemment pratiqué, la dilatation diminuer de façon très notable, sans toutefois disparaître totalement.

De même l'observation que nous devons à l'obligeance de MM. J. C. Roux et A. Laboulais montre que la dilatation dont était atteint leur malade a rétrogradé à mesure que le spasme cédait aux dilatations du cardia pratiquées à l'aide de la sonde d'Ynurrigaro.

Il semble donc bien dans ces deux cas qu'il y ait une corrélation étroite entre l'intensité du cardio-spasme et le volume de

la poche. Nous sommes en droit de nous demander ce que seraient devenus ces deux malades s'ils n'avaient pas été soumis à un traitement approprié. Le spasme continuant, leur dilatation aurait-elle augmenté jusqu'à atteindre les dimensions considérables qui ont été signalées par MM. Lyon, Thiroloix et Bensaude, A. Mathieu et Laboulais ? Nous ne pouvons évidemment répondre de façon précise à cette question ; cependant la persistance d'une petite dilatation chez notre malade de l'observation I, malgré le degré peu accentué actuellement du spasme du cardia permet de supposer qu'une grande dilatation se serait probablement développée au-dessus de son cardia si celui-ci était resté en état de contraction complète.

Théorie de l'atonie œsophagienne.

Netter et Zeuker n'admettent pas que le cardio-spasme soit suffisant à déterminer la formation d'une dilatation ; ils en ont en effet rencontré dans lesquels le spasme n'existait pas et ils invoquent comme cause de la dilatation un état atonique de la musculature de la paroi œsophagienne. Rosenheim a repris et développé cette théorie qui, dit-il, doit se versifier dans la très grande majorité des cas. Il reconnaît d'ailleurs que les dilatations qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la musculature de la paroi ne peuvent ressortir à cette théorie et il admet pour ces derniers cas, exceptionnels d'après lui, la théorie du cardio-spasme.

Von Haecker a observé un cas de dilatation de l'œsophage précédé d'une diphtérie qui avait amené une grave paralysie musculaire ; et il pense que dans ce cas la dilatation de l'œsophage était liée à une lésion primitive des muscles de la paroi.

Théorie de la dilatation par lésion du pneumogastrique.

Cette théorie est due à Krauss qui a voulu montrer que le cardio-spasme et l'atonie de la paroi œsophagienne n'étaient en

somme que le double effet d'une cause unique : la lésion du pneumogastrique. D'après Meltzer, en effet, le pneumogastrique préside à la fois aux mouvements de contraction de l'œsophage et à l'ouverture du cardia. Une lésion de ce nerf peut annihiler ces deux fonctions et l'on aura alors, simultanément réalisés, et l'atonie de l'œsophage et le cardio-spasme ; Krauss a vérifié cette hypothèse dans un cas personnel où les pneumogastriques présentaient des lésions atrophiques. Stark a cherché à vérifier la théorie de Krauss en étudiant chez le chien l'action du pneumogastrique sur l'œsophage et le cardia. En sectionnant le nerf au-dessus du recurrent il obtint une dilatation fusiforme de l'œsophage, sans modification du cardia. La section des deux vagues, dans le thorax, au-dessous du recurrent n'a amené aucune modification ni de l'œsophage ni du cardia.

Le même nerf coupé près du cardia produit des troubles accentués, mais passagers de la déglutition.

Il semblerait donc d'après ces expériences que l'action inhibitrice du cardia, par l'intermédiaire du vague aurait peu d'importance. Quant à l'action du vague sur les contractions de l'œsophage Stark arrive à cette conclusion que la section de ce nerf à sa partie supérieure, amène la suppression des mouvements péristaltiques dans la partie supérieure de l'œsophage ; mais que la section à la partie inférieure du nerf est sans action sur la musculature œsophagienne.

La majorité des faits est manifestement en faveur de la théorie du cardio spasme qui cependant n'explique pas tous les cas. C'est à cette théorie que nous nous rallierons avec la presque totalité des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Nous ajouterons seulement qu'il est un facteur, passé jusqu'ici sous silence, qui a peut-être son importance dans la genèse de cette affection : nous voulons parler du développement de la musculature œsophagienne qui n'est probablement pas le même chez tous les sujets ; supposons qu'un malade atteint de cardio spasme possède une faible musculature de l'œsophage : celui-ci

aura moins de force pour résister à la pression que les aliments accumulés à son intérieur lui font subir ; les régurgitations se feront donc avec plus de difficultés ; elles seront moins fréquentes, et si l'on admet que l'anneau musculaire qui ferme le cardia participe au défaut de développement du système musculaire de tout l'organe on peut concevoir qu'une partie des aliments puisse passer par instant à travers un cardia dont la puissance sera insuffisante pour déterminer un spasme continuel.

Le malade présentera des troubles réduits au minimum, intermittents, qui parfois même ne l'inquiéteront pas jusqu'au jour lointain où le volume de la poche s'étant insensiblement accru déterminera des accidents graves. On pourrait ainsi expliquer le développement énorme de certaines dilatations qui mettent des années à se produire et qui ont pu faire croire à l'existence des sténoses pyloriques.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le cardio-spasme se produit chez un malade possédant une vigoureuse musculature œsophagienne, les phénomènes dès le début de la maladie seront intenses : les régurgitations continuelles videront l'œsophage des aliments ingérés, ne permettant pas qu'ils puissent passer à travers le cardia et le malade rapidement en proie à l'inanition sera dans l'obligation absolue de se faire soigner ; on trouvera alors chez lui une dilatation de l'œsophage, minime, comme dans le cas de notre observation I, qu'un traitement, bien entendu, dirigé contre le cardio-spasme originel, empêchera de se développer.

SYMPTOMES

La symptomatologie de la dilatation œsophagienne, forme en général un tableau assez net qui permet de reconnaître cette affection sans trop de difficulté.

Il est exceptionnel en effet que la maladie, restée latente, ne se soit pas manifestée pendant la vie et ne soit découverte qu'à l'autopsie. La marche de l'affection est essentiellement chronique ; Guysez, cependant, a signalé un cas de spasme aigu du cardia, avec dilatation aigue de l'œsophage ; le malade croyait avoir avalé des os de perdrix, et était en proie à une dysphagie intense. Guisy, par l'œsophagoscopie pratiquée d'urgence trouva la partie moyenne de l'œsophage dilatée, en forme de poche et contenant tout le repas que le malade venait de faire. Il signale cependant que si la muqueuse est saine « elle présente au voisinage « du cardia un aspect papillaire tout particulier, rouge, saignant « au moindre contact du porte coton, si bien que nous nous « demandons s'il ne s'agit pas là de lésions épithéliomateuses « au début ».

Est-ce bien là vraiment un cas de dilatation aigue de l'œsophage : nous ne le pensons pas, d'autant que ce malade avait présenté antérieurement des troubles légers de la déglutition. Nous nous rangeons à l'avis de Stark qui voit dans ces prétendus débuts brusques la révélation de l'affection jusque-là latente.

Les symptômes sont liés à deux ordres de faits ; ils relèvent d'abord du spasme de l'œsophage, puis plus tard trahissent le développement de la poche œsophagienne.

La maladie, au début au moins, présente donc le tableau clinique du spasme de l'œsophage avec toutes les variations qu'on y peut remontrer.

Le plus souvent c'est au moment des repas que se manifestent les premiers troubles : parfois c'est au milieu même du repas que le malade est obligé de sortir de table pour vomir sans grands efforts des paquets de glaires (A. Mathieu, A. Laboulais), des gorgées de liquide (Lion) sans aliments, puis se remet à table et continue à manger sans gêne appréciable. Ou bien le malade, sans raison apparente, rejette les aliments qu'il est en train d'absorber (Thiroloix et Bensaude).

Le malade qui fait le sujet de notre observation I, n'éprouvait au début aucun trouble pendant le repas, mais celui-ci terminé il avait un besoin violent de « faire remonter de la salive », et après des efforts pénibles il ramenait plusieurs cuillerées à bouche d'un liquide clair et filant sans aucun aliment.

Rosenheim cite un cas où le début fut marqué par des crampes très douloureuses que l'on prit pour des douleurs gastriques alors que c'était en réalité le spasme en cardia qui déterminait cette douleur.

En général ces troubles sont intermittents ; ils peuvent cesser, quelquefois pendant plusieurs mois et reprennent alors avec un caractère plus accentué de gravité. C'est alors que la déglutition des aliments devient vraiment pénible ; généralement ce sont les aliments solides qui tout d'abord ne peuvent être déglutis. Le malade accuse une sensation d'arrêt après avoir avalé une bouchée mal mâchée ; souvent il étouffe, doit se lever et rejette alors avec ou sans efforts le bol qui n'a pu passer. Les efforts qu'il fait sont parfois douloureux, accompagnés de l'angoisse qu'il ne pourra expulser le corps étranger. L'instituteur dont nous parlons avait à la suite de ces efforts des moments de défaillance.

Il est curieux de voir que parmi les aliments solides il en est qui peuvent être plus longtemps déglutis que d'autres ; en général le pain est l'aliment dont le passage devient le plus rapidement impossible ; notre malade avalait encore à peu près les viandes blanches alors que les viandes rouges ne pouvaient depuis quelque temps déjà être tolérées.

Cette dysphagie augmente d'ailleurs avec les causes les plus

futiles ; une cigarette rendait chez notre malade les troubles de la déglutition beaucoup plus intenses. Puis il arrive, après un temps très variable, un moment ou seuls les liquides peuvent être absorbés et conservés. La poche œsophagienne commence à se développer et manifeste son existence par les vomissements œsophagiens.

Lorsque la dilatation est pleine, les malades accusent une sensation de pesanteur qu'ils localisent généralement au niveau et en arrière de l'appendice xyphoïde ; la gêne qu'ils subissent est parfois peu accentuée et ils attendent sans trop de peine que le contenu de l'œsophage soit passé en partie dans l'estomac.

Plus souvent, cette sensation de plénitude rétro-sternale s'accompagne d'autres phénomènes ; il y a de la dyspnée, de la toux, de l'angoisse et le malade doit faire des efforts pour rejeter, généralement en plusieurs fois ce qu'il a absorbé. Ces vomissements œsophagiens peuvent se produire après les repas, ou bien quelques heures plus tard. Parfois c'est à jeun, lorsque le malade se réveille, qu'il ramène sans efforts quelques-uns des aliments de la veille. Ce signe a une grande importance dans le diagnostic des dilatations de l'œsophage.

Il arrive presque toujours, à un moment donné de l'affection, que le patient rejette des aliments pris deux ou trois jours auparavant, alors que ceux qu'il a ingéré la veille ne sont pas rendus. Nous avons trouvé chez notre instituteur en pratiquant un lavage de l'œsophage des débris de tripes qu'il avait mangés la veille au soir ; le repas du matin avait complètement passé.

Quand l'ectasie a acquis un certain volume, la quantité de matières rejetées par le vomissement peut être considérable. On retrouve dans le liquide des quantités abondantes de mucus provenant de l'œsophage ; des débris d'aliments non digérés et facilement reconnaissables.

Les efforts auxquels se livrent les malades pour vider leur œsophage dans leur estomac varient avec chacun d'eux ; le procédé le plus fréquent, qui a été étudié par Wallesacht est le suivant. Le malade fait une forte inspiration, puis la glotte étant fermée il fait un violent mouvement d'expiration qui augmente

la pression intrathoracique : à ce moment, il se produit une déglutition d'air dans l'œsophage qui chasse une partie du contenu œsophagien vers l'estomac.

Le malade devient d'ailleurs le plus souvent aérophage, et Meltzer pense même que l'accumulation de l'air dans l'œsophage, distendant cet organe, est cause de la cyanose et des troubles dyspnéiques que ces malades présentent souvent.

Parfois il existe un ptyalisme assez marqué qui reconnaît pour cause probable le réflexe œsophago-salivaire décrit par Roger.

L'état général du malade peut demeurer longtemps satisfaisant, ce qui montre bien que malgré tous ces troubles le cardia présente un certain degré de perméabilité ; l'appétit est en général conservé malgré qu'il puisse exister des troubles gastriques (Legendre). Le contraire s'est d'ailleurs produit pour notre instituteur qui avait éprouvé quelques troubles gastriques avant sa maladie et au début de celle-ci et qui en fut guéri quand le traitement de la dilatation fut institué.

La constipation est la règle ; Stern, Kraus, ont noté l'atonie de l'intestin ; chez notre malade il existait une corde colique fortement contractée.

Comme nous l'avons dit la marche de l'affection est chronique ; chez les malades porteurs de grande dilatation elle se fait par poussées parokystiques qui séparent des rémissions parfois fort longues.

Elle peut durer toute la vie ainsi qu'en témoigne un malade de Wilms qui ne mourut qu'à soixante-quatorze ans. Mais le plus souvent, après un temps plus ou moins long, l'inanition se produit et emmène le malade, à moins qu'une complication ne surgissant, hâte le dénouement.

Nous ne pouvons mieux étudier les complications de cette affection qu'en reprenant l'observation du malade de MM. A. Mathieu et A. Laboulais qui à lui seul en a présenté un grand nombre.

Ces complications tiennent à deux ordres de faits différents.

Il y en a d'origine réflexe, et d'autres de nature toxique et infectieuse.

Ces dernières semblent être les plus nombreuses sinon les plus importantes.

C'est ainsi que le malade de MM. A. Mathieu et A. Laboulais présentait une rétinite de nature infectieuse ; puis une aortite à l'apparition de laquelle MM. A. Mathieu et A. Laboulais assistèrent et qu'ils attribuèrent avec MM. Huchard à la propagation à l'aorte du processus inflammatoire de l'œsophage ; appréciation d'autant plus vraisemblable que l'on reconnut à l'écran radioscopique l'existence d'une ombre médiastinale due très probablement à une masse ganglionnaire.

Les vertiges continuels dont était atteint le malade peuvent être aussi bien dus à une infection qu'à un réflexe.

La dualité de l'origine n'est d'ailleurs pas aussi facile à trancher ; et MM. A. Mathieu et A. Laboulais se demandent si les syncopes avec ralentissement du pouls, présentées par leur malade étaient dues à l'infection ou à un réflexe ; quoi qu'il en soit ces complications menacèrent si gravement la vie de leur malade qu'on dut recourir à la gastrostomie. L'alimentation par la bouche gastrique ; l'évacuation journalière de la poche œsophagienne procureront au malade un grand soulagement. Dans le mois qui suivit les vertiges avaient disparu ainsi que les syncopes, et le pouls qui antérieurement battait à 30 pulsations par minute, on comptait de 40 à 44. Nous avons eu dernièrement des nouvelles de ce malade par M. A. Laboulais ; il allait aussi bien que possible.

Signalons enfin comme complication la mort subite dont Faure rapporte 4 cas et qu'il attribue à un réflexe inhibiteur du cœur. Il faut encore redouter l'apparition possible d'un carcinome secondaire à la dilatation dont on connaît 7 à 8 cas (Mickuliçz, Rosenheim).

DIAGNOSTIC

Nous ne nous occuperons que des moyens récemment mis en œuvre pour reconnaître la dilatation de l'œsophage en laissant de côté toute la série des procédés d'exploration plus ou moins ingénieux qui furent employés avant l'application de la radioscopie et de l'œsophagoscopie à la recherche de cette affection, procédés qui sont décrits tout au long dans le travail de MM. Bensaude et Rivet.

Nous ne citerons donc que pour mémoire, *la percussion*, qui pratiquée en arrière à la hauteur de la septième côte environ, permet de reconnaître l'existence d'une zone mate correspondant à une dilatation de grand volume.

De même l'auscultation de l'œsophage pratiquée en arrière et le long de l'œsophage montre des modifications dans les bruits de la déglutition dont le second est souvent supprimé.

Le cathétérisme explorateur de l'œsophage permet de reconnaître la sténose ; il sera pratiqué uniquement avec la sonde d'Ynurrigaro ; et on proscrira l'emploi des cathéters rigides à boule olivaire.

Nous noterons chemin faisant que dans nos deux cas de dilatations avec spasme pur de l'œsophage il fut facile de franchir, après avoir subi un temps d'arrêt, le cardia. Le passage du sphincter fut au contraire impossible à réaliser chez notre malade atteint de cancer avec spasme surajouté.

Le cathétérisme évacuateur sera fait soit pour vider la poche des aliments qu'elle contient ; soit pour extraire un repas d'épreuve dont les indications permettront de différencier le contenu œsophagien du contenu gastrique.

Pour différencier la dilatation des diverticules de l'œsophage les auteurs allemands ont imaginé des sondes de différents modèles. Nous citerons l'expérience de Zweig qui consiste à faire pénétrer une sonde dans l'estomac, et à en laisser une dans l'œsophage ; on verse par cette dernière une solution colorée, et par la première de l'eau claire. On retire peu à peu la sonde gastrique qui ramène la solution colorée dès qu'elle a franchi le cardia, s'il s'agit d'une dilatation ; si c'est un diverticule, elle passe à côté de lui et ne ramène rien.

Rumpell, Einhorn, Kelling ont employé des procédés à peu près semblables.

Nous mentionnerons encore la sonde à diverticule de Leube à l'aide de laquelle on peut explorer complètement la poche œsophagienne.

Nous en arrivons maintenant à la radioscopie.

Radioscopie

L'examen radioscopique, en ce qui concerne les modifications que le calibre de l'œsophage peut subir est le meilleur moyen d'investigation que nous possédions. Il nous renseignera mieux que tout autre sur l'existence d'un rétrécissement ou sur la présence d'une dilatation. Dans certaines conditions et jusqu'à un certain point il fournit des indications suffisantes sur la nature même de l'obstacle qui siège le long de l'œsophage. On différencie en effet assez facilement par la radioscopie le spasme de l'œsophage d'un rétrécissement organique ; mais si ceci est vrai en ce qui concerne le corps même de l'œsophage, il n'en va plus de même en ce qui regarde les obstacles siégeant au niveau du cardia ; la radioscopie doit alors céder le pas à l'œsophagoscopie qui permettra le plus souvent de reconnaître de quelle origine est la sténose dont le cardia est le siège.

La radioscopie de l'œsophage se pratique en faisant absorber au patient un sel de bismuth et en regardant sur l'écran la façon dont l'ombre de ce sel se comporte pendant sa descente à tra-

vers l'œsophage. Jusqu'à ces derniers temps le sous-nitrate de bismuth était seul employé pour ces examens, mais des accidents récemment survenus, et attribués à ce sel lui ont fait préférer le carbonate de bismuth.

La façon de faire prendre le bismuth n'est pas sans importance ; le cachet généralement employé est susceptible de donner lieu à des erreurs d'interprétation ; il peut en effet adhérer à un point de la muqueuse et faire croire à la réalité d'une sténose inexistante.

Il est préférable de faire prendre par cuillerée à bouche une pâte très épaisse de bismuth. Cette pâte descend assez lentement le long de l'œsophage et l'ombre projetée sur l'écran permet de reconnaître les moindres coudures de l'organe ; elle s'arrête dès qu'elle rencontre un obstacle, se moulant sur la cavité de l'œsophage et donne sur la nature de cet obstacle des renseignements qui bien interprétés permettent parfois de différencier le spasme d'un obstacle organique. Il nous a été possible de voir ainsi dernièrement au laboratoire de radioscopie de M. Béclère à Saint-Antoine un spasme total de l'œsophage. L'ombre occupait toute la hauteur de l'organe et était déformée constamment par les violentes contractions pérystaltiques et antipérystaltiques dont il était animé.

La position à donner au malade examiné est très importante ; il est en effet de toute nécessité de dissocier l'ombre vertébrale de l'ombre fournie par le bismuth pendant son passage à travers l'œsophage sans quoi cette dernière, noyée dans l'ombre vertébrale ne pourrait être vue. C'est pourquoi M. Béclère recommande de pratiquer l'examen radioscopique de l'œsophage en plaçant le malade dans une situation oblique par rapport à l'écran et cette situation varie avec la portion de l'œsophage que l'on examine. Il convient de placer le malade dans la position oblique antérieure gauche, de telle sorte que l'épaule gauche vienne s'appuyer par ses 3/4 postérieurs à l'écran, lorsqu'on veut examiner les 2/3 supérieurs de l'œsophage ; l'on sait en effet que cet organe déborde dans ce trajet et longe la gauche de la ligne médiane ; l'image obtenue sur l'écran sera plus

nette. Il est au contraire préférable, lorsque l'on veut examiner la partie inférieure de l'organe, de placer le malade en situation oblique antérieure droite.

Lorsque la pâte de bismuth s'arrête en un point de l'œsophage, elle peut s'accumuler au-dessus de ce point, sans que le calibre de l'œsophage soit augmenté de façon sensible, au-dessus de la sténose ; elle peut au contraire occuper une dilatation de largeur appréciable. Nous sommes amenés dans ces deux cas à interpréter l'ombre fourni par le bismuth — et à différencier la sténose spasmodique de la sténose organique de l'œsophage.

Spasme de l'œsophage. — Il peut être total ainsi que nous l'avons déjà dit. La pâte descend alors lentement à travers l'œsophage, marquant plusieurs arrêts ; à un moment donné l'œsophage sur sa hauteur totale est occupé par le bismuth : l'ombre est déformée par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques ; puis au bout de quelques instants le bismuth passe dans l'estomac. Dans le cas que nous avons pu voir récemment le cardia n'était pas contracté malgré la contraction de l'œsophage.

Le spasme localisé sur un point de l'œsophage se différencie en général sans trop de difficulté du néoplasme ; cependant quand la néoplasie est tout à fait à son début ce diagnostic peut être plus délicat.

En général la pâte s'arrête en un point ; de violents mouvements péristaltiques la font remonter parfois assez haut, puis tout d'un coup elle franchit l'obstacle et arrive à l'estomac.

Le cancer de l'œsophage fournit une ombre différente et le schéma que nous reproduisons ci-contre et qui est la reproduction d'un calque fait sur l'écran radioscopique est tout à fait typique.

La pâte de bismuth est accumulée au-dessus d'un point rétréci ; l'ombre affecte la forme d'un entonnoir ; l'œsophage est simplement un peu distendu au-dessus de cet entonnoir ; la pointe qui s'effile par le bas, se continue sur une hauteur de six à sept centimètres par une ligne très ténue qui représente exactement la lumière de la partie sténosée ; au-dessous de celle-ci la pâte descend dans l'œsophage qui présente son diamètre nor-

mal. La partie supérieure était agitée de contractions péristaltiques très vives qui faisaient violemment remonter le liquide.

Une telle image ne saurait être fournie par le cachet de bismuth et une radiographie que nous devons à l'obligeance de M. Béclère et que nous reproduisons montre la différence de l'ombre obtenue par l'emploi du cachet et l'usage de la pâte de bismuth. L'on voit d'après notre schéma que l'on peut être renseigné sur la hauteur occupée par la néoplasie, ce qui ne saurait être avec le cachet.

Quand le néoplasme siège exactement au cardia le diagnostic de la nature de la sténose par la seule radioscopie est presque impossible. Cependant, en cas de néoplasme on constate dans la presque totalité des cas l'existence d'une ombre médiastinale due à la présence de ganglions néoplasiques. Cette constatation a une grosse valeur ; car l'ombre médiastinale n'existe pas dans le cas de spasme simple ; notons cependant que chez le malade de MM. Mathieu et Laboulais, l'ombre médiastinale fut presque à un moment donné, mais les phénomènes d'infection qui se produisaient chez ce malade montraient suffisamment que cette adénite était due elle-même à l'infection venue de l'ectasie œsophagienne.

Lorsque la pâte de bismuth, s'arrêtant dans l'œsophage, s'accumule en outre dans une poche sus-jacente à la sténose on peut se trouver en présence d'une dilatation véritable de l'organe ou en présence d'un diverticule de l'œsophage.

Diverticules. — La radioscopie permet de diagnostiquer le diverticule de la dilatation avec la plus grande facilité. On sait que les diverticules, tout au moins les grands diverticules, dits de pulsion, occupent la partie supérieure de l'œsophage siégeant sur sa paroi postérieure au point où elle fait suite à la paroi postérieure du pharynx.

Nous n'avons pas eu l'occasion de voir des malades porteurs de diverticules, mais M. Béclère qui a été à même d'en examiner plusieurs a bien voulu nous dire comment la radioscopie permettait de les reconnaître et il a même eu l'extrême obli-

geance de mettre à notre disposition une radiographie inédite de diverticule de l'œsophage.

Quand on fit absorber au malade le lait de bismuth on vit que celui-ci ne descendait point le long de l'œsophage ; il s'accumulait dans une poche située à sa partie supérieure et dont l'ombre en augmentant peu à peu affectait la forme d'une coupe. Après avoir atteint un certain niveau, qui correspondait à l'orifice de communication entre la poche et l'œsophage, le lait de bismuth ne pénétra plus dans le diverticule mais descendit au-devant de lui, le long de l'œsophage.

La radiographie ci-jointe montre l'aspect tout à fait caractéristique du diverticule. Cette forme en large coupe ne se retrouve pas dans la dilatation de l'œsophage, et le siège même de l'affection est absolument différent de celui de la dilatation qui occupe la cavité elle-même de l'œsophage.

Le diverticule ne peut donc être confondu avec la dilatation de l'œsophage.

Dilatation. — La radioscopie permet non seulement de constater l'existence de la dilatation mais encore d'en préciser la forme, les dimensions et parfois le volume. La forme de la dilatation varie avec ses dimensions. Chez le malade qui fait l'objet de notre observation II, la dilatation, remplie d'une purée épaisse au bismuth affectait la forme d'un boudin de dix centimètres de hauteur, environ, dont l'extrémité inférieure légèrement renflée en massue s'appuyait sur le diaphragme. La largeur de l'ombre était de trois travers de doigt ; elle diminuait insensiblement vers la partie supérieure. Toute la masse était violemment déformée par les mouvements péristaltiques de l'œsophage et accusait en outre les battements cardiaques. Cette forme semble répondre à celle qu'affectent les dilatations de moyenne grandeur. Cependant l'extrémité inférieure renflée que nous avons retrouvé chez le malade de notre observation I n'existe pas toujours et semblerait même constituer l'exception. En effet MM. Thiroloix et Bensaude ont obtenu chez leur malade une ombre fusiforme, effilée à son extrémité inférieure ; Huber, Lion ont signalé cette disposition, et ils insistent de plus sur la

direction presque horizontale de la partie inférieure de la dilatation et sur le prolongement en forme de clan que présentait cette extrémité.

Il est curieux de noter que chez notre instituteur (Obs. II), l'ombre de l'extrémité inférieure, que nous avions vu renflée quand nous avons commencé à le traiter avait changé de forme la dernière fois que nous l'avons examinée et qu'elle présentait exactement la disposition en pointe signalée par les auteurs précédents ; la radiographie qui fut faite ce jour-là le montre d'une façon évidente. La largeur de la poche avait considérablement diminué, et l'on voit que la radioscopie permet de suivre l'évolution de la dilatation et de se rendre compte de son amélioration ou de son augmentation.

L'on pourrait en outre, dans ces cas de dilatation moyenne, mesurer le volume de la dilatation sous le contrôle de la radioscopie. Il suffirait de mesurer exactement le volume de la purée pris par le malade et de voir à quel moment serait remplie la dilatation ; on aurait de plus la facilité de constater si au cours de cette opération, il était passé de la purée dans l'estomac.

Chez notre malade (obs. II) au début de son affection on ne voyait pas la purée pénétrer dans l'estomac, mais la dernière fois où nous l'examinâmes, et où il fut radiographié, la purée passait relativement vite dans l'estomac, et cela fut même quelque peu gênant pour la radiographie.

La forme des grandes dilatations diffère complètement de celles que nous venons d'étudier. Ainsi chez le malade de MM. A. Mathieu et A. Laboulais, la forme de l'ombre révélait une énorme poche, étranglée à sa partie moyenne ce qui lui donnait une forme biloculaire ; la partie inférieure, presque horizontale, était étalée sur le diaphragme, formant un plan légèrement incliné vers la gauche sur lequel il fut possible de voir rouler des pilules de bismuth prises par le malade ; ces pilules permirent en outre de reconnaître le point où se trouvait le cardia. C'est chez ce malade, qui n'avait pas de néoplasme que l'on vit à un moment donné une ombre médiastinale due à une adénopathie qui avait son origine dans l'infection de la poche œsophagienne.

La radioscopie a montré la grande valeur qu'elle avait en permettant de faire un diagnostic exact, là où les autres moyens d'investigation avaient amené à faire des erreurs considérables. C'est ainsi que la malade de MM. Thiroloix et Bensaude soignée d'abord pour une sténose pylorique et même opérée, fut reconnue plus tard atteinte d'une vaste dilatation de l'œsophage. De même le malade de MM. A. Mathieu et A. Laboulais avait failli être opéré pour une sténose pylorique lorsque Soupault frappé par l'allure particulière de cette affection fit radioscoper le malade et découvrit ainsi l'existence de la dilatation de l'œsophage.

M. Béclère relate également un cas dans lequel la radioscopie montra que la sonde qu'on pensait passer sans difficulté dans l'estomac ne quittait pas l'œsophage, s'enroulant sur elle-même grâce à une dilatation de l'organe.

On concluera de ces faits qu'il est prudent de soumettre à l'examen radioscopique les malades que l'on suppose atteints de sténose pylorique quand ils présentent un tableau symptomatique un tant soit peu diffus.

Radiographie.

La radiographie peut être pratiquée le malade étant en positions diverses. M. Lion préconise la radiographie postéro-antérieure, le malade étant couché sur le ventre, l'ampoule située au-dessous. M. Béclère préfère placer les malades en position oblique ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Celle qu'il préfère est la position oblique gauche antérieure par rapport ; l'ampoule est placée en avant du malade. De plus, M. Béclère fait la radiographie le malade étant assis et il a imaginé pour maintenir l'immobilité du patient, et permettre de contrôler à chaque instant l'image qui impressionne la plaque un fauteuil spécial. Le dossier de ce fauteuil est muni de deux montants sur lesquels glisse un panneau dont la face postérieure porte un écran ; dans l'épaisseur de ce panneau se trouve un espace vide destiné à contenir la plaque.

Le malade une fois assis et ayant pris son bismuth, le fauteuil muni de roulettes est facilement orienté en position oblique par rapport à l'ampoule et l'écran placé en arrière du dossier permet de réaliser les meilleures conditions ; la plaque est alors introduite dans l'épaisseur du dossier et la radiographie se fait ainsi sous les yeux.

Les trois radiographies que nous reproduisons ont été prises de cette façon ; nous devons à l'obligeance de M. Béclère celles qui représentent le rétrécissement de l'œsophage, et le diverticule ; la troisième a été faite par M. Jaugeas, élève de M. Béclère.

La radiographie donne quant à l'examen de l'œsophage des renseignements inférieurs à ceux que fournit la radioscopie ; elle ne permet pas en effet de suivre, comme cette dernière, la succession des divers phénomènes qui se produisent.

Œsophagoscopie

Pratiquée pour la première fois en Allemagne par Gottenstein, puis bien réglée dans son application par Starck l'œsophagoscopie a été introduite en France par Sencert et par Guisez. Elle est également employée à Paris par MM. Bensaude et Cauzard. La grande utilité de l'œsophagoscopie réside en ce qu'elle permet de voir la totalité de l'œsophage jusqu'au cardia et de reconnaître la nature des lésions de cet organe.

Il faut cependant faire des réserves en ce qui concerne son emploi, car l'œsophagoscopie a la valeur d'une petite opération.

Elle n'est pas sans danger, et les accidents qu'elle a déterminés semblent avoir été passés sous silence. C'est une intervention pénible, douloureuse même pour le malade qui y est soumis, aussi ne doit-on la conseiller que lorsque les autres moyens d'investigation n'ont pas permis de porter un diagnostic ferme sur la nature des lésions. Elle doit d'ailleurs être pratiquée concurremment à la radioscopie ; il faut savoir avant d'introduire l'œsophagoscope s'il y a sténose ou non de l'œsophage et connaître le

point où siège cette sténose de façon à ne point s'exposer à perforer un néoplasme haut situé.

En ce qui concerne le malade de notre observation I elle a permis de confirmer le diagnostic de néoplasme du cardia que l'on ne pouvait que soupçonner.

Il est à remarquer que dans ce cas, il fut impossible de franchir le cardia. Celui-ci se présentait avec l'aspect que M. Guisez décrit aux spasmes sus-cardiaques : deux lèvres bosselées s'unissaient sur la ligne médiane et limitaient une fente étroite ; au dernier examen cet aspect s'était totalement modifié ; le cardia n'était plus contracté mais montrait le néoplasme en pleine évolution ; on put passer dans l'estomac avec la plus grande facilité.

Notre instituteur (obs. II) fut également œsophagoscopé mais chez lui l'opération n'alla pas sans grande difficulté et on eut toutes les peines du monde à voir le cardia qui ne présentait aucune lésion et qui au moment de l'examen n'était nullement contracté.

Nous ne décrirons pas l'aspect que présente le cardia lorsqu'on l'examine au moyen de l'œsophagoscope ; MM. Thiroloix et Bensaude ont excellemment résumé dans leur revue générale les données que nous avons à ce sujet.

PRONOSTIC

Le pronostic de la dilatation dite idiopathique de l'œsophage est assez grave, mais varie avec la période à laquelle s'est révélée la maladie. Lorsque celle-ci n'est pas traitée il arrive le plus souvent que la mort survient par une des complications que nous avons énumérées. Prise au début et bien traitée l'affection est susceptible d'amélioration, nous n'osons dire définitive, mais qui cependant permet d'espacer les crises paroxystiques. Depuis que notre instituteur s'est fait soigner il n'a eu qu'une rechute, au mois de juillet 1908, alors qu'il était resté plus d'un mois sans passer la sonde. Depuis comme nous l'avons déjà dit sa dilatation a nettement diminué de volume.

Les grandes dilatations, arrivées à une période avancée de leur évolution entraînent des troubles graves qu'il est cependant possible d'amender. C'est ainsi que le malade de MM. A. Mathieu et A. Laboulais fut débarrassé par une gastrostomie de l'état vertigineux et des syncopes qui mettaient sa vie en danger.

Nous avons eu tout récemment des nouvelles de ce malade, gastrostomisé le 14 novembre 1907. Tous les troubles ont disparu, sauf le ralentissement du pouls qui toutefois est moins prononcé ; le malade continue à ne se nourrir que par sa bouche gastrique.

Le pronostic est dominé par la nature de la lésion qui détermine l'affection ; celle-ci compatible avec une vie d'une longue durée quand le cardio-spasme est seul en jeu, prend la gravité habituelle au carcinome lorsque c'est lui qui est à l'origine de la dilatation et notre observation I montre bien que ce cas n'est nullement impossible.

TRAITEMENT

Le traitement doit avant tout s'efforcer de rétablir la perméabilité du cardia et de rendre possible l'alimentation du malade. Le second point portera sur l'atténuation de l'œsophagite que la putréfactien des aliments accumulés dans la poche produit toujours à un plus ou moins grand degré. La conduite à tenir variera également avec l'état du malade et l'on doit envisager la possibilité d'un traitement d'urgence que la gastrostomie réalisera.

Dilatation du cardia.

La dilatation du cardia sera tentée par l'emploi des sondes d'Ynurrigaro qui mettent à l'abri des accidents de perforation. Il sera utile de contrôler par la radioscopie les premiers sondages de façon à s'assurer que la sonde passe bien à travers le cardia et qu'elle ne s'enroule pas dans la poche œsophagienne. Presque toujours, surtout au début la sonde marquera un temps d'arrêt au niveau du cardia, mais une pression légère finira par triompher du spasme. On laissera alors la sonde en place pendant quelques secondes avant de la retirer. Nous pensons qu'il est mauvais d'avoir recours aux olives montées sur des mandrins rigides. Dans les cas où la sonde d'Ynurrigaro semblerait trop flexible on pourrait la rendre plus rigide par l'introduction d'un mandrin en baleine. Lorsque dans ces conditions on aura pu franchir le cardia il sera bon de répéter la dilatation tous les jours pendant une période qui variera avec l'intensité du spasme ; puis à mesure que l'amélioration se fera on espacera

peu à peu les sondages ; on fera les sondages tous les deux jours, puis tous les trois jours ; notre malade de l'observation II est ainsi arrivé à ne plus effectuer ses sondages que tous les 20 jours.

Les antispasmodiques seront un adjuvant utile et en particulier la belladone : M. Mathieu la présente ainsi : le premier jour le malade prend trois fois trois gouttes de teinture de belladone et il augmente chaque jour de neuf gouttes jusqu'à trente gouttes ; il redescend alors en suivant la progression inverse.

L'hydrothérapie tiède rendra également des services.

Ce traitement est celui qui fut institué pour notre instituteur et dont il retira le plus grand bénéfice.

MM. Bensaude et Rivet ont employé la dilatation rétrograde, faite à l'aide de l'appareil de Krauss. Cet appareil comporte un tube de Faucher portant à son extrémité un ballon de caoutchouc qu'on peut insuffler à l'aide d'un second tube mince ; lorsque l'instrument a pénétré dans l'estomac on insuffle le ballon ; d'après Strauss le cardia pourrait supporter une pression de 250 mill. de mercure ; on retire alors doucement l'appareil qui dilate en passant le cardia.

Malgré les bons résultats obtenus par Wilms, Dubois, par la dilatation progressive ou brusque du cardia il est préférable de s'abstenir de ces manœuvres.

Dans les cas plus rebelles on serait peut-être autorisé à pratiquer sous le contrôle de l'œsophagoscope des scarifications en cardia ainsi que l'a fait Guisez.

MM. Thiroloix et Bensaude, Guisy et Delherm ont appliqué au spasme du cardia les courants à haute fréquence et semblent en avoir obtenu de bons résultats.

Mais quand le cardia ne peut être franchi, ou bien à cause d'un spasme irréductible, ou bien à cause du volume et des inflexions de la poche qui ne permettent pas d'arriver jusqu'à lui la gastrostomie reste seule indiquée. Elle sera pratiquée soit d'urgence, quand l'inanition menace la vie des malades, comme dans notre observation II ; soit pour parer aux complications graves qui peuvent survenir, comme dans le cas de MM. A. Ma-

thieu et Laboulais. On peut alors alimenter le malade par la bouche gastrique et soigner l'œsophagite.

MM. Thiroloix et Bensaude, remarquent que chez un malade opéré en 1902, et qui continue à se nourrir par la bouche gastrique, le volume de la dilatation n'a pas diminué non plus que l'œsophagite ; et cependant le malade se porte aussi bien que possible.

Notre malade de l'obs. 2 a tiré lui aussi bon parti de la gastrostomie ; malgré le néoplasme dont il était porteur il a pu pendant 8 mois reprendre son dur métier de camionneur ; mais la dilatation qu'il avait n'a pas diminué et actuellement le néoplasme est en pleine évolution.

Mickulicz a tenté de dilater le cardia par la voie gastrique après gastrostomie à l'aide d'une pince introduite fermée à travers le cardia et prudemment ouverte en place ; il aurait obtenu de bons résultats.

Contre l'œsophagite on prescrira les lavages de l'œsophage à l'eau bouillie et chaude et légèrement alcalinisée ; on chassera ainsi de la poche les aliments et les liquides qu'elle contient et on diminuera l'irritation de ses parois. On fera de préférence ces lavages le matin à jeun.

Le régime tient une grande place dans le traitement ; il convient en effet de diminuer dans la mesure du possible les causes d'irritation de l'œsophage. Aussi, surtout au début prescrira-t-on un régime liquide ou semi-liquide dont le lait et les potages au lait seront la base. On pourra même faire prendre de la poudre de viande délayée dans le lait s'il en était besoin.

Le malade lui-même sera un bon guide dans cette partie du traitement ; il sait en effet quelles sont les meilleures conditions de température des aliments qui favorisent leur passage à travers le cardia ; quand il y aura eu une amélioration notable on permettra de la viande finement hachée ; notre instituteur supporte admirablement la viande blanche ; mais la viande rouge quelque finement divisée qu'elle soit passe avec de grande difficulté.

Nous insistons sur ce fait que dans le cas de dilatation avec

cardio-spasme un traitement précoce et bien entendu améliore grandement l'état des malades. Dans deux cas publiés par Mickulicz la poche avait subi une diminution notable ; les deux cas nouveaux que nous rapportons montrent également ce qu'on est en droit d'espérer.

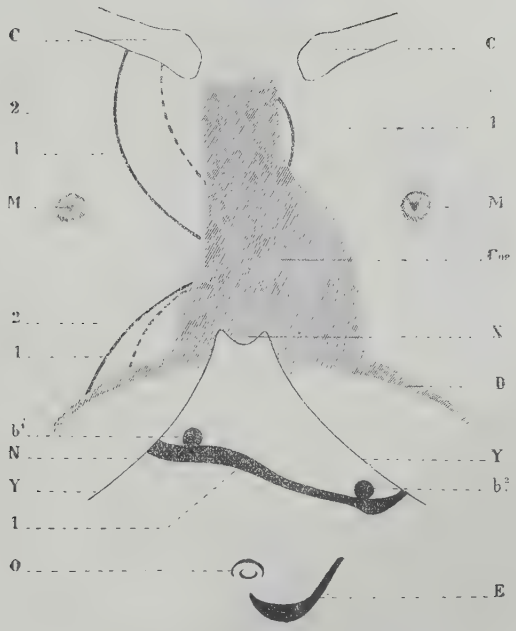
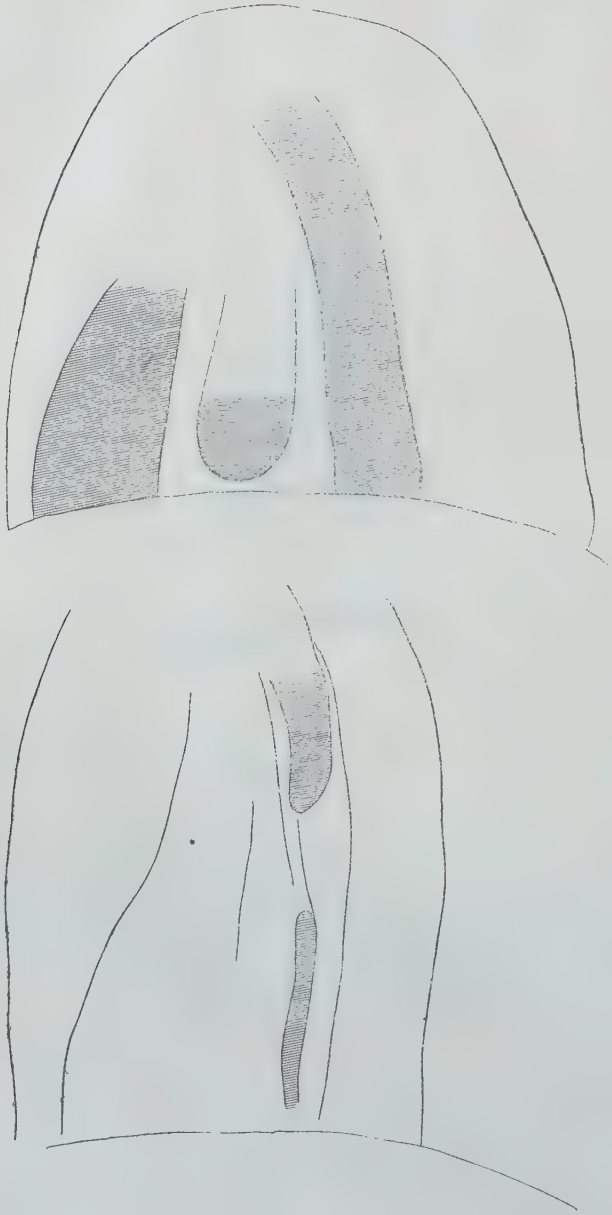


Schéma des diagrammes radioscopiques

C, clavicule ; Coe, ombre du cœur ; D, ombre du diaphragme ; E, bismuth dans le bas-fond de l'estomac ; M, mamelon ; O, ombilic.

1, limite de la poche œsophagienne à son degré le plus marqué de distension ; 2, limite de la poche œsophagienne le matin à jeun

b^1, b^2, positions successives d'une pilule de sous-nitrate de bismuth glissant vers le cardia, au fond de la poche œsophagienne.



CONCLUSIONS

I. — La dilatation dite idiopathique de l'œsophage n'est pas une affection très exceptionnelle. On en compte actuellement plus d'une centaine de cas quoique l'attention n'ait été attirée sur cette maladie que depuis quelques années.

II. — La pathogénie de l'affection est encore loin d'être élucidée. Trois théories tentent d'en fournir l'explication.

1° *Théorie du cardio-spasme*, la plus vraisemblable et la plus couramment admise : il y aurait peut-être lieu d'y rattacher les variations du développement de la musculature de l'œsophage selon les individus, qui impriment probablement à la maladie les modifications que l'on constate dans la marche plus ou moins rapide de l'affection.

2° *Théorie de l'atonie de la paroi œsophagienne.*

3° *Théorie de la dilatation par lésion du pneumogastrique.*

Entre la grande dilatation dite idiopathique et la petite dilatation sus-jacente à une sténose néoplasique il semble y avoir une forme intermédiaire (obs. I) dont la lenteur de l'évolution et la limitation de la lésion néoplasique du cardia doivent sans doute expliquer la production.

III. — Le diagnostic, autrefois délicat est actuellement facilité par :

1° La radioscopie qui permet de se rendre compte de l'existence de la dilatation, de sa forme et de ses dimensions.

2° L'œsophagoscopie ; celle-ci est une véritable opération douloureuse et quelquefois dangereuse qu'il ne faut décider qu'avec

réserves, lorsque cela est vraiment nécessaire. Son utilité est de permettre l'examen direct du cardia, de constater ses lésions. Elle peut permettre d'en pratiquer le cathétérisme dans certains cas.

IV. Le traitement doit s'efforcer avant tout de rétablir la perméabilité du cardia et à ce point de vue le cathétérisme de cet orifice paraît avoir une très grande utilité. Il semble suffire dans certains cas récents à faire disparaître le spasme et à enrayer le développement de la dilatation œsophagienne. On pourra y ajouter les moyens suivants : Hydrothérapie et antispasmodiques (belladone).

Les cas plus sévères seront traités par l'application au cardia des courants à haute fréquence.

En dernier lieu la gastrostomie sera pratiquée tantôt d'urgence pour lutter contre l'inanition, tantôt pour parer à des complications mettant en danger la vie du malade.

OBSERVATIONS

Observation 1. — Dilatation de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Sténose totale du cardia de nature néoplasique. Gastrostomie

Eugène M., âgé de 50 ans, camionneur, entré le 20 mai 1908 dans le service du Dr Mathieu à l'hôpital Saint-Antoine, salle Choinel, n° 11.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au début de l'affection actuelle. Pas de syphilis.

Excès alcooliques (3 à 4 litres de vin par jour, 2 ou 3 absinthes) n'ayant jamais déterminé de troubles, absence complète de pituite, de tremblements, de crampes, de cauchemars.

Les fonctions digestives se sont toujours effectuées de façon régulière, aucun trouble gastrique ni intestinal.

Très bon appétit, aucun dégoût électif même actuellement.

Maladie actuelle. — A débuté brusquement, le malade étant en pleine santé le 25 février 1908 à l'occasion du repas du soir. Pendant qu'il mangeait sa soupe il éprouva une gêne soudaine rétro-sternale et la sensation que les aliments s'arrêtaient et ne pénétraient pas dans l'estomac. Il est obligé d'interrompre son repas et rend presque immédiatement les quelques gorgées de soupe qu'il avait absorbées. Il essaye alors de boire, mais le liquide ne passe pas et est rejeté.

Cette dysphagie absolue persiste pendant près de deux semaines, avec parfois des rémissions très passagères dont le malade profite pour prendre un ou deux litres de lait qui passent sans encombre ; il a essayé à plusieurs reprises d'avaler à ces moments des aliments solides mais ceux-ci sont toujours rejetés.

Au mois d'avril il est atteint d'une bronchite grave qui le force à garder le lit ; il est soigné chez lui ; la dysphagie semble s'exagérer et les liquides ont alors beaucoup de peine à passer : il lui arrive de pouvoir

absorber du lait le matin et cela lui est impossible le soir. Guéri de sa bronchite, mais très affaibli par insuffisance de l'alimentation le malade entre à l'hôpital le 20 mai 1908.

A son entrée, il y a quinze jours que la dysphagie est complète ; il rejette le lait qu'il tente de prendre.

Aussi le malade est-il extrêmement amaigri, il est cachectique et a de la difficulté à se tenir debout sans être soutenu. L'examen révèle un ventre aplati sillonné de veines légèrement dilatées et d'une dureté remarquable. La palpation de l'abdomen n'est douloureuse en aucun point : on trouve de nombreux ganglions singuinaux petits et durs ; il en existe également au cou et au creux sus-claviculaire des deux côtés.

L'estomac semble petit à la percussion : le foie n'est ni gros ni abaissé, la rate n'est pas perceptible.

Rien aux poumons ni au cœur, les urines sont rares, sans albumine ni sucre.

Pas de troubles laryngés ni oculaires. Le 20 mai l'examen radioscopique est fait par M. le Docteur Béclère.

Le malade avale un cachet de sous-nitrate de bismuth ; celui-ci masque un temps d'arrêt au niveau de la septième vertèbre dorsale ; descend et remonte plusieurs fois, passe enfin et s'arrête de nouveau un instant avant de pénétrer dans l'estomac.

On injecte au malade matin et soir 300 grammes de sérum ; et on essaya de lui faire prendre des potages au lait et aux œufs ; ceux-ci passent d'une façon tout à fait irrégulière, tantôt sans difficutlé, tantôt avec peine, et souvent pas du tout ; ils sont alors rejetés en totalité malgré les essais successifs tentés par le malade.

On poursuit ce traitement jusqu'au 27 mai jour auquel on pratique un nouvel examen radioscopique.

Le cachet de bismuth descend lentement le long de l'œsophage, puis s'arrête au niveau de l'appendice xyphoïde. Au-dessus de ce point après avoir fait prendre une petite quantité de lait de bismuth on constate une légère dilatation de l'œsophage. On ne voit pas pendant l'examen le bismuth pénétrer dans l'estomac.

On cesse le sérum ; la dysphagie toujours sévère présente des intermittences.

Le 30 mai. — Le passage des liquides devient impossible ; on reprend les 300 grammes de sérum, matin et soir et l'on prescrit trois lavements alimentaires que l'on porte le lendemain au nombre de quatre

Cette situation dure sans modification jusqu'au 3 juin. Nouvel exa-

men radioscopique. Le lait de bismuth s'accumule dans l'œsophage en un point correspondant à la pointe de l'appendice xyphoïde. Il forme là une ombre qui a la forme d'une coupe à pied très mince, et dont les bords ont tendance à se rapprocher. La partie la plus élargie de cette coupe mesure environ deux travers de doigt. On ne voit aucune particule de bismuth pénétrer dans l'estomac.

Le 6 juin. — La situation du malade étant toujours la même, M. Mathieu le fait passer dans le service de M. Ricard qui le même jour lui fait une gastrostosmie. Le poids est alors de 43 k. 700.

Anesthésie au chloroforme. — Après incision, l'abdomen laisse voir une petite quantité d'ascite, l'estomac est petit, et porte un grand nombre d'adhérences. L'alimentation a été effectuée par la bouche gastrique le jour même de l'opération.

Quatre jours après l'intervention le malade est ramené dans le service de M. Mathieu. Depuis son opération il a été soumis à l'alimentation suivante : 1 litre et demi de lait par jour, 100 grammes de poudre de viande, 1 litre de thé au rhum.

Malgré cela le poids reste stationnaire à 43 k. 700, mais le malade se sent un peu mieux.

Du 10 au 16 juin. — On augmente la quantité de lait d'un demi litre ; le malade reste pâle avec les yeux cernés ; le poids est tombé à 42 k. 300.

Le 16 juin. — On porte la quantité de lait à trois litres, puis 100 grammes de poudre de viande, deux œufs, 1 litre de tilleul sont donnés.

Le 17 juin. — Nouvel examen radioscopique qui donne des indications exactement semblables à celles qui ont été fournies par le dernier examen du 3 juin. Rien ne passe dans l'estomac. Même régime jusqu'au 20 juin ; les forces renaissent. le poids est à 43 k. 300.

Le 27 juin. — Le malade pèse 44 k. 200 ; son état général est très satisfaisant ; la nourriture reste la même.

Examen à l'œsophagoscope pratiqué par le Docteur Bensaude dont nous n'avons pu avoir le résultat.

Le 6 juillet. — Le poids est de 46 k. 200. Le malade reprend d'une façon très satisfaisante ; il ne fait aucun essai d'alimentation par l'œsophage.

11 juillet. — Poids : 47 k. 100.

15 juillet. — Examen œsophagoscopique par le Docteur Cauzard ; cet examen est rendu très difficile par la présence d'une quantité considé-

rable de liquide très fétide contenu dans la poche œsophagienne qui empêche de voir.

Les jours suivants on pratique ces lavages de la poche après en avoir retiré 100 à 150 cc. de liquide blanchâtre extrêmement fétide.

19 *juillet*. — Poids : 48 k. 200.

20 *juillet*. — Nouvel examen œsophagoscopique qui permet de mieux voir. On aperçoit au fond du tube qui est admirablement bien supporté, la muqueuse rosée de l'œsophage ne présentant aucune modification à l'œil nu ; elle est souple, sans épaississement. La lumière de l'œsophage au niveau de la sténose est très étroite et semble divisée en deux par une fente qui représente le cardia fortement contracté et qu'il est impossible de franchir. Un petit bourgeon semble sortir de la muqueuse de la paroi à ce niveau.

Le 12 *août*. — Le malade se trouve tout à fait remis ; il sort sur sa demande, après avoir subi un nouvel examen œsophagoscopique. M. Cauzard remarque alors qu'au lieu d'un bourgeon unique il semble y en avoir plusieurs qui ont quelque tendance à saigner lorsqu'on les essuie.

Le poids est à 49 k. 300.

Après être sorti de l'hôpital, le malade a repris son dur métier de camionneur ; il s'alimente toujours par sa bouche gastrique ; car absolument rien ne passe par l'œsophage.

Revu le 27 septembre en excellent état, pesant 56 kilog ; le 4 octobre il était à 57 kilog. ; mais le 18 octobre il tombait à 55 kilog. sans pouvoir donner de raison à cet amaigrissement ; le 23 octobre il remontait très légèrement à 55 k. 200 et le 18 novembre il pesait 56 kilogs.

Depuis sa sortie de l'hôpital il se nourrit ainsi :

6 *heures matin*. — 1 l. 1/2 de cacao au lait et deux morceaux de sucre.

Midi. — 1 l. 1/2 lait avec 30 grammes de poudre de viande.

Il lave sa sonde en y poussant un demi verre de tilleul.

7 *heures soir*. — 1 litre de lait contenant de la purée de haricots, lentille, marron et 3 ou 4 œufs.

Le matin à son réveil il a un mauvais goût dans la bouche et rend en faisant des efforts une ou deux cuillerées à bouche de mucosités ; il n'a jamais rendu de sang ni de mucosités teintées par du sang. L'haleine est fétide ; il n'a pas eu d'exagération de la salive.

Le 18 *novembre*. — M. Cauzard pratique un nouvel examen œsophagoscopique qui permet les constatations suivantes :

La muqueuse du conduit reste absolument saine ; la paroi semble très souple, agitée par les mouvements respiratoires et les battements cardiaques. Au niveau du cardia existe une fente, sinueuse, de direction générale verticale (le malade est dans le décubitus dorsal), profondément enclavée entre deux lèvres mamelonnées mais lisses qui arrivant au contact limitent cette fente tranchant en noir sur le fond gris rosé de cette surface mamelonnée. Celle-ci présente dans sa partie supérieure et gauche une petite tache ecchymatique de la grosseur d'un grain de mil.

Celle-ci n'est cependant pas saignante car un petit tampon de coton avec laquelle on l'essuie n'est nullement teinté quand on le ramène.

Le cardia reste obstinément fermé et ne laisse passer aucune bougie même après avoir subi le contact d'un petit tampon imbibé d'une solution de cocaïne au 1/100.

L'état général du malade est excellent, le poids se maintient à 57 kilogrammes.

Le 2 décembre 1908. — Le malade est radioscopé à nouveau par M. Béclère ; nous donnons ci-contre la reproduction du schéma calqué sur l'écran L'on voit que la poche dilatée par le lait de bismuth n'affecte plus la même forme que lors des premières radioscopies ; ce n'est plus une coupe, mais un boudin véritable. Le lait de bismuth ne passe pas dans l'estomac. Au cours de cet examen l'attention de M. Béclère fut attirée par ce fait qu'au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage l'espace clair postérieur était légèrement assombri trahissant la présence de ganglions en ce point ; cette ombre anormale portait M. Béclère à penser qu'il devait probablement y avoir un néoplasme au niveau du cardia. Il n'avait pas, en effet, trouvé cette ombre dans les cas de dilatation œsophagienne avec spasme simple du cardia.

Le 6 janvier 1909. — Le malade fut de nouveau œsophagoscopé par le docteur Cauzard En pratiquant le lavage préalable de la dilatation à l'aide d'une sonde et de la pompe de Laboulais, un coup du piston fut donné un peu brusquement et l'œil de la sonde, très voisin en ce moment du cardia forma ventouse pendant quelques secondes ; l'eau revint alors légèrement teintée de sang.

L'œsophagoscope, permet de constater de grandes modifications dans l'état du cardia. Chose surprenante, ce sphincter si obstinément contracté au cours des examens précédents se relâchait de temps à autre et des bulles de gaz venues de l'estomac venaient éclater à l'extrémité du tube. La surface mamelonnée mais lisse du cardia révélée par les examens antérieurs avait fait place à une surface irrégulière, tomenteuse

et saignante. De petits bourgeons se voyaient hérissant cette surface ; quand le cardia s'ouvrait, sa lumière paraissait frangée par des villosités irrégulières et saignantes. La paroi même de l'œsophage, au niveau du cardia ne semblait en rien altérée.

M. Cauzard confirma le diagnostic de néoplasme du cardia que ses premiers examens lui avaient fait soupçonner.

Cependant l'état général du malade reste excellent ; son poids qui augmente est à 58 k. 300 ; l'appétit reste très bon, son travail ne le fatigue pas. L'examen de la région épigastrique par la palpation ne révèle absolument rien.

Tout dernièrement nous avons eu des nouvelles de ce malade dont le néoplasme est en pleine évolution , il a des hématemèses par la bouche et par la bouche gastrique.

Observation 2. — Dilatation de l'œsophage cardio spasme.

M..., instituteur, 30 ans, marié, un enfant bien portant.

Antécédents héréditairres. — Rien à signaler.

Antécéaents personnels. — Pleurésie à 7 ans. A 18 ans a eu des troubles gastriques ; douleurs tardives, sans vomissement qui l'ont forcé de s'astreindre à un régime ; depuis a toujours eu l'estomac un peu susceptible.

Pas d'éthylisme ni de syphilis.

Tempérament nerveux, très impressionnable, n'a jamais de crises de nerfs, ni de larmes, mais sensation de striction au niveau du cou quand il est contrarié.

Bonne santé générale.

Maladie actuelle. — Son début remonte au printemps de 1905. A cette époque le malade a éprouvé de très vifs ennuis de famille ; les premiers troubles qui aient attiré son attention se sont produits peu à peu. C'était d'abord après le déjeuner un besoin violent de « faire de la salive », ainsi que s'exprime le malade ; en faisant de violents efforts il arrivait en effet à ramener dans la bouche une ou deux cuillerées à soupe d'un liquide clair et filant ; quoique cela eut lieu presque immédiatement après le repas il n'a jamais à cette époque rejeté d'aliments ; ceux-ci passaient d'ailleurs sans encombre. Ces phénomènes disparurent complètement pendant 4 ou 5 mois, mais il eut à se plaindre de quelques troubles digestifs : digestion longue, pesanteur après les repas qui cependant ne le gênaient guère.

Au bout de ce temps apparurent les premiers troubles de la déglutition ; les aliments passaient difficilement à travers l'œsophage, produi-

sant parfois une sensation d'arrêt au niveau de l'appendice xyphoïde et déterminant une gêne que le malade tâchait de faire disparaître en se livrant à des efforts ; ces phénomènes se produisaient surtout au début du repas ; et souvent à la suite des efforts les premières bouchées étaient expulsées, puis au bout d'un instant le repas pouvait être continué d'une façon normale. Ces crises assez pénibles duraient quelques jours puis disparaissaient pendant une période de deux ou trois mois.

Peu à peu ces troubles s'accentuèrent et les crises devinrent de plus en plus fréquentes ; le malade dut renoncer aux aliments solides qui ne passaient pas et se mettre aux bouillies et aux purées liquides. Ayant consulté en province il fut traité pour un spasme de l'œsophage et son médecin institua un traitement bromuré.

Cette thérapeutique resta vaine ; les troubles augmentèrent de telle sorte qu'à partir du mois de novembre 1907 le malade pouvait à peine absorber et conserver du lait. Voyant qu'il s'amaigrissait considérablement et que ses forces diminuaient il vint à Paris consulter le docteur A. Mathieu, le 15 février 1908. A ce moment les symptômes présentés par le malade étaient les suivants :

La dysphagie était intense, et la déglutition des solides était impossible, parfois cependant il essayait de prendre de la viande hachée mais presque aussitôt, la sensation d'arrêt et de gêne rétrosternale devenaient considérables et déterminaient une sorte d'angoisse très pénible à laquelle le malade mettait fin par le rejet de la viande après des efforts qui le laissaient épuisé.

Les liquides passaient avec moins de difficulté mais à condition d'être pris par petites quantités ; leur nature n'était pas indifférente ; le vin pur déterminait des phénomènes analogues à ceux produits par les aliments solides ; le lait était assez bien supporté mais il était nécessaire qu'il fut chaud ; le lait froid était de suite rejeté au milieu d'efforts violents.

Parfois pendant la nuit le malade était réveillé par des picotements au niveau de l'arrière gorge et il rendait alors en plusieurs fois un liquide clair et acide mais auquel de temps en temps étaient mélangés des débris d'aliments ingérés au cours de la journée.

Il arrivait aussi que des aliments solides mais finement divisés pris deux ou trois jours avant étaient expulsés alors que le lait absorbé quelques instants auparavant n'était pas ramené.

Le malade était très amaigri et très démoralisé. Son poids était de 66 k. 400. Il ne présentait aucune déformation au niveau du cou après l'absorption de liquides.

La région épigastrique était légèrement sensible à la palpation : l'estomac petit, ne clapotant pas.

Il existait une corde colique descendante non douloureuse contenant des scyballes et trahissant la constipation qu'éprouvait le malade.

Le foie normal, cœur normal, rate non perceptible Pas de troubles laryngés ni oculaires, ni sucre, ni albumine.

Reflexes rotuliens légèrement exagérés. M. Mathieu conclut de tous ces troubles à l'existence d'une dilatation de l'œsophage et d'un spasme du cardia.

Le malade fut sondé avec la grosse sonde d'Ynurrigaro ; l'opération n'alla pas sans difficulté à cause de l'extrême nervosité du malade ; cependant après un temps d'arrêt de quelques secondes au niveau du cardia cet orifice put être franchi. M. Mathieu conseilla un traitement par la teinture de belladone ; et prescrivit complètement les essais d'alimentation solide tentés par le malade qui fut mis au lait et aux potages au lait.

Quelques jours plus tard le malade fut radioscopé par M. Béclère dans son laboratoire de l'hôpital Saint Antoine.

Le cachet de bismuth descendit sans encombre jusqu'au niveau du diaphragme et s'arrêta là : le malade indiqua qu'il avait la sensation de cet arrêt, mais son doigt posé au point où il accusait cette sensation était plus élevé que celui où l'arrêt s'était produit ; on lui fit prendre alors une bouillie de bismuth qui s'accumula au niveau du cachet et forma sur l'écran une ombre de trois travers de doigt de largeur, de dix centimètres de hauteur environ. La dilatation ainsi mise en évidence était régulièrement cylindrique, mais son extrémité inférieure semblait un peu renflée, en forme de massue. Elle s'amincissait progressivement par sa partie supérieure. Le diagnostic était ainsi confirmé et il s'agissait bien d'une dilatation de l'œsophage avec spasme probable du cardia.

M. Mathieu prescrivit alors en outre du traitement déjà indiqué des sondages journaliers avec la grosse sonde d'Ynurrigaro.

Les bons effets de ces sondages se firent rapidement sentir et la dysphagie devint presque aussitôt moins intense. Le malade fut radioscopé huit jours plus tard ; avant de lui faire prendre du bismuth on le sonda avec une sonde remplie de bismuth pour avoir la certitude que celle-ci pénétrait bien dans l'estomac ce qui fut confirmé. Le malade resta en traitement jusqu'au 1er avril à l'hôpital St-Antoine ; les radioscopies faites tous les huit jours montrèrent au bout d'un mois une

diminution très nette de la largeur de la dilatation qui n'était plus que de deux travers de doigt. La dysphagie avait presque complètement disparu pour les liquides et cependant ceux-ci séjournaient un certain temps dans l'œsophage dilaté ainsi que le montrait l'examen radioscopique ; le passage dans l'estomac s'effectuait même lentement puisque une demie heure après l'absorption du bismuth ce dernier commençait à peine à tomber dans la cavité gastrique. L'œsophage était le siège de mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques très accusés, ces derniers faisant remonter très haut dans l'œsophage le liquide amassé à son extrémité inférieure. Les mouvements du cœur transmis à cette masse lui impriment des battements très nets.

L'état général du malade s'était beaucoup amélioré ; son poids avait augmenté dans des proportions satisfaisantes, la dysphagie avait presque disparue ; il persistait une sensation d'arrêt des liquides mais ne déterminant pas de gêne appréciable. Les régurgitations étaient devenues très rares. Dans ces conditions le malade partit chez lui ; il continua ses sondages journaliers qu'il faisait lui-même avec la plus grande facilité ; la teinture de belladone fut également continuée, mais d'une façon intermittente. Le régime alimentaire se composait de trois litres de lait, de jaunes d'œufs, de purées délayées dans le lait et de potages au lait (tapioca) très cuits. Le pain fut défendu, mais l'usage de biscottes autorisé.

Le 16 *avril* 1908. — Le malade revint à la consultation de M. A. Mathieu pour savoir où en était sa dilatation. Son état était aussi satisfaisant que possible ; à ce moment cependant, malgré la belladone prise à la dose de 25 gouttes par jour il eut un peu de sialorrhée.

La radioscopie montra l'état stationnaire de la dilatation.

Les sondages furent alors espacés de deux jours en deux jours, puis de trois en trois jusqu'à n'en n'avoir plus qu'un par semaine puis par quinzaine. Le reste du traitement fut le même. Le malade avait repris dès le 1er avril ses occupations et faisait sa classe sans fatigue. Son poids était remonté à 70 kilogrammes.

Le 3 *juin* 1908. — Nouvelle visite du malade qui a tout à fait repris son état de santé normal. Il espace ses sondages de plus en plus, la sialorrhée a disparu ; l'alimentation se fait surtout par des liquides et purées mais de temps à autre le malade y ajoute des viandes blanches finement hachées ; les viandes rouges et en particulier le bœuf ne sont pas supportées et il doit les rejeter ; les liquides froids déterminent toujours du spasme du cardia, mais le vin étendu d'eau passe bien. Le malade a

remarqué que lorsque par hasard il tire quelques bouffées d'une cigarette la dysphagie réapparait assez intense pendant un jour ou deux.

On supprime la belladone et on conseille des douches tièdes.

Dans le courant de juillet 1908, sans cause apparente, quelques troubles de la déglutition se montrèrent à nouveau. Il y avait près d'un mois qu'il n'avait pas été fait de sondages ; le malade en fit alors tous les deux jours pendant une semaine et les phénomènes disparurent. Depuis il se sonde tous les vingt jours environ et n'a plus souffert.

Le 18 novembre 1908, avec l'assentiment de M. A. Mathieu, nous demandâmes au docteur Cauzard de bien vouloir examiner le malade à l'œsophagoscope.

Nous procédâmes avant cette opération à un lavage de l'œsophage par siphon ; dans le liquide retiré se voyait en assez grande quantité des débris de tripes que le malade avait mangé à son déjeuner de la veille ; quoique nous n'ayons cessé ce lavage que lorsque l'eau ressortit claire on trouva au cours de l'œsophagoscopie une nouvelle quantité de fragments de tripes qui n'avaient pu être entraînés.

L'examen fut très pénible pour le patient et mal supporté malgré les précautions et la douceur qu'apportait M. Cauzard. Malgré le lavage les débris de tripes et de nombreuses mucosités gênèrent considérablement la vue et le temps employé à les aspirer prolongea la durée de l'examen.

On put néanmoins se rendre compte que la muqueuse de l'œsophage était saine sur toute sa hauteur, présentant seulement quelques plis transversaux au niveau de la dilatation.

Le cardia était fortement contracté, présentant des plis radiés. Mais M. Cauzard put sans cocainisation préalable franchir ce sphincter avec la plus grande facilité.

Le malade après cet examen qui le laissa anéanti ne put s'en aller qu'après être resté trois heures allongé Nous avons su depuis que les jours suivants il avait souffert au niveau du larynx, mais que cependant la déglutition s'effectuait sans difficulté.

Nous avons fait revenir notre instituteur le 6 janvier 1909 pour le faire radiographier. M. Jaugeas, élève de M. Béclère a bien voulu se charger de cette tâche.

Le malade ayant mangé deux heures avant nous vidâmes sa poche œsophagienne à l'aide d'un tube et de la pompe de A. Laboulais ; nous retirâmes environ 90 cc. de liquides et de débris alimentaires.

La radiographie fut faite, le malade étant assis dans le fauteuil de M. Béclère, dont nous parlons d'autre part, et placé par rapport à la pla-

que en situation oblique gauche postérieure ; l'ampoule étant placée au devant du patient.

Nous avons été très étonné de voir sur l'écran, avant de faire la radiographie, que la largeur de la dilatation avait diminué dans des proportions très notables ; que l'extrémité inférieure était très effilée au lieu d'être renflée, et que la poche se vidait avec plus de rapidité, ce qui a été quelque peu gênant pour la radiographie.

Le malade est actuellement aussi bien portant que possible ; il pèse 70 k. 300 ; et en dehors du régime alimentaire d'ailleurs peu sévère qu'il suit et des sondages qu'il effectue tous les 20 jours environ, mène une existence absolument normale.

Observation 3 que MM. J. C. Roux et Laboulais ont bien voulu nous communiquer.

Mme R. vient au début de 1907 consulter M. le Docteur J. C. Roux.

Depuis sa première grossesse à l'âge de 22 ans, la malade a toujours souffert de l'estomac : d'une façon plus ou moins accentuée : le vin lui causait de légères douleurs. Depuis quelques années, et durant environ un mois se manifestent des crises de douleurs tardives survenant deux heures après le repas et calmées par l'ingestion des aliments.

Il y a quatre ans la malade eut pour la première fois quelques légers troubles de la déglutition, passagers et intermittents : au début du repas la malade avait la sensation que les aliments s'arrêtaient dans l'œsophage ; pour les faire progresser vers l'estomac elle devait faire de grandes inspirations ; et même exécuter certains mouvements avec les bras ; ces crises étaient plus marquées au moment des règles.

Depuis une quinzaine ces troubles ont beaucoup augmentés ; les aliments ne passent pas et sont rejetés au milieu de mucosités abondantes.

L'examen montre que le foie est abaissé que l'estomac est ptosé mais non sensible à la pression.

Le 2e bruit de la déglutition survient 10 secondes après l'ingestion du liquide ; chaque déglutition de salive est suivie de la regurgitation d'un gaz.

La malade est mise au lait, œufs, potages au lait, bouillies, purées.

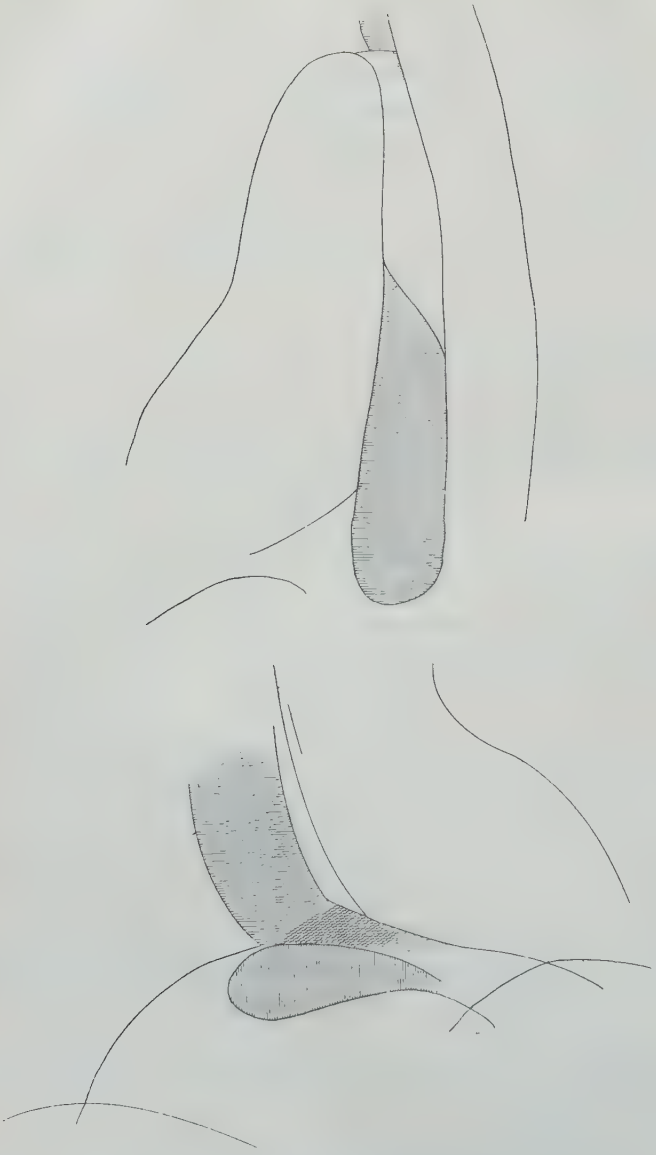
5 repas par jour.

Sous-nitrate de bismuth 5 gr. le matin.

Huile d'olive avant chaque repas.

Valérianate d'ammoniaque.

La malade revient le 12 mars 1907 ; la déglutition se fait beaucoup plus facilement avec cette alimentation, et l'usage de l'huile a amené un



grand soulagement ; les aliments ne s'arrêtent plus, et la déglutition se fait sans efforts.

L'huile et le bismuth sont continués et on ajoute au traitement la prise avant chaque repas de 1 gr. de citrate de soude.

En juin 1907 la malade est de nouveau examinée. Les purées passent bien, mais les aliments solides ainsi que les aliments froids provoquent un spasme qui les arrêtent. Le citrate de soude a été mal supporté.

En avril 1908 les troubles de la déglutition se sont augmentés presque à chaque repas, et dès le début de ceux-ci, la malade a la sensation que l'œsophage se remplit et ne se vide pas. Elle doit quitter la table, et au bout d'un quart d'heure environ elle sent que les aliments commencent à passer. Pendant tout ce temps, rien qu'en baissant la tête elle ramène les aliments contenus dans l'œsophage sans difficultés ni vomissements.

Ces crises sont nettement augmentées par les émotions et la fatigue.

Il existe encore quelques douleurs tardives mais elles se montrent plus rarement qu'autrefois.

On pratique alors l'examen radioscopique qui montre l'existence à la partie inférieure de l'œsophage d'une poche qui commence à s'étendre transversalement.

Une première exploration est effectuée avec une sonde Ynurrigarro de 7 m/m sous contrôle radioscopique.

La sonde pénètre jusque dans l'estomac après un léger temps d'arrêt et y est vue sur l'écran.

On conseille à la malade de passer elle-même la sonde quotidiennement. Elle continue ce traitement et après deux mois, la malade revue dit que les troubles dysphagiques sont bien moins marqués A partir de ce moment, les sondes utilisées par la malade sont de 9 m/m.

Elle donne de ses nouvelles au mois de janvier dernier, celles-ci sont aussi satisfaisantes que possible.

VU :
Le Professeur, Président de thèse,
DIEULAFOY.

VU :
Le Doyen,
L. LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Aberkrombie. — *Die Krankheiten des Magens*, Bremen, 1843, p. 117.

Baudin. — Contrib. à l'étude des dilatations idiopathiques de l'œsophage. Thèse de Paris, 1906.

Béclère (A.). — Le diagnostic radioscopique du diverticule de l'œsophage. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 12 décembre 1902, p. 1074.

Beclère (A.). — Les rayons de Röntgen et le diagnostic des maladies internes, p. 61. *Les Actualités médicales.*

Béclère. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 27 février 1908.

Beclère. — *La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques.* Congrès d'électr. et de rad médicale de Berne, 1901.

Bertier. — *Les sténoses du cardia* (causes, signes et diagnostic). Thèse de Paris, 1908.

Boas (J.). — *Krankheiten des Magens*, Leipzig, 1895, p. 234. *Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten*, II, Teil, 2. Aufl., 1896.

Bœkelmann. — Een Geval von diffuse dilatatie von den OEsophagus. *Nederlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde*. 1898, Nr 17.

Chappet. — Rétrécissement de l'œsophage. *Lyon méd* , 1878.

Cognard. — Note sur un cas de dilatation de l'œsophage. *Lyon méd.*, 1878.

Cruveilhier. — Atlas, t. II, 1re partie, 38e livr., pl. 6.

Einhorn (M.). — *Dilatation idiopathique de l'œsophage*. XIIIe Congrès international de médecine, Paris, 1900. *section de pathologie interne*, p. 45 (Communication suivie de l'indication bibliographique de vingt-six travaux, dont beaucoup déjà anciens).

Ewald. — *Krankheiten des Magens*, Berlin, 1889. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889, S. 503.

1. Nous reproduisons la bibliographie publiée par MM. Bensaude et Rivet dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*. Depuis cette date (juin 1908) aucun travail important n'a paru sur la question.

Faure (M.). — *De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage.* Thèse Paris, 1894.

Fleiner (W.). — *Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane*, Stuttgart, 1896, I, p 111, et *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, n° 16, 17.

Galliard — *Traité de médecine de Brouardel-Gilbert*, XV. p 255.

Glucksmann (de Berlin). — Voir Reisinger.

Giesse. — *Ueber die einfache gleichmässige Erweiterung des OEsophagus.* Diss., Würzburg, 1860.

Gottstein. — Klinik und Technik der OEsophagoskopie. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, Bd VI, und VIII.

Gross (F.) et Sencert (L.). — Contrib. à l'étude et au traitement des rétrécissements infranchissables non cancéreux de l'œsophage. *Revue de Chirurgie*, n° 1, 1907.

Guisez. — Des spasmes à forme grave de l'œsophage, et principalement du cardiospasme. Diagnostic et traitement rationnel par l'œsophagoscopie. *Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 mars 1908, p. 407.

Hartmann. — Art. « OEsophagisme ». *Traité de chirurgie de* Duplay-Reclus, t. V, p. 365.

Hirtz et Lemaire. — Anévrisme de l'aorte et symptômes œsophagiens. *Soc. médicale des hôpitaux*, mai 1906.

Hölder. — *Vereinsbl. pfälz. Aerzte*, 1893, und bei Netter (d'ap. Neumann).

Huber (A.) (de Zurich). — Sur la dilatation idiopathique de l'œsophage. *Association centrale des médecins suisses.* LXXIII[e] Assemblée, Olten, 26 octobre 1907.

Hug. — Ueber die idiopathische Erweiterung der Speiseröhre. (Discussion de la communication de A. Huber) *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aertze*, n° 23, 1[er] décembre 1907.

Jaffé. — Ueber idiopathische OEsophaguserweiterungen. *Münch. med. Wochenschr.*, 1897, nr 15.

Kelling. — *Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in Magen u. s. w. Sammlung Klinischer Vorträge, Neue Folge*, 1896, n° 144 (de Mikulicz). Diagn. der tiefsitzenden Speiseröhrendivertikel. *Münch. med. Woch.*, 1894, n° 47.

Kraus. — *Die Erkrankungen der Speiseröhre. Wien*, 1902. *Spec. Pathol. u. Therap. Herausgegeb.* v. H. Nothnagel.

Krender. — Ueber die spontanen spindelförmigen Erweiterungen des OEsophagus. (Maug. Diss. giessen, 1888).

Kronecker u. Melzer. — *Du Bois-Raymond'sches. Archiv. fur Physiologie*, 1883. Supplementband (cités par Neumann).

LANDAUER. — Ein Fall von tiefsitzendem OEsophagusdivertikel. *Centralblatt für innere Med*, 1899.

LEGENDRE. — *Etude des fonctions gastriques au cours des sténoses œsophagiennes*. Thèse de Paris. 1907.

LEICHTENSTERN. — Beiträge zur Pathologie des OEsophagus. *D. med. Wochenschr.*, 1891, p. 419.

LETULLE et MESLAY. — Dilatation congénitale de l'œsophage. Mort subite. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. VIII, février-mars 1894, p. 193.

LIEBLEIN (V.). — Sur le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le cathétérisme sans fin. *Beiträge z. klin. Chir.*, 1908, LVI, 3.

LINDAU. — Dysphagia von Erweiterung des OEsophagus. *Wochenschr. für ges. Heilkunde*, Berlin, 1840, und bei stern.

LION. — Sténose du cardia. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 24 janvier 1908, p. 98.

LION (G.). — Rétrécissement de l'extrémité cardiaque de l'œsophage. *Soc. médicale des hôpitaux*, 6 avr. 1906.

LION et BENSAUDE. — De l'utilisation des courants de haute fréquence dans l'endoscopie recto-côlique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 30 mai 1907.

LUSCHKA. — Die spindelförmige Erweiterung des Speiseröhre. *Virchow's Archiv*, n° 42

MARTIN. — Zur chirurgischen Behandlung der Cardiospasmus und des spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung. *Mittheilung a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1900, Bd. VIII.

MATHIEU (A.). — Dilatation primitive, ou dite primitive, de l'œsophage. *Journal de médecine interne*, 10 mai 1908.

MATHIEU (Alb.) et LABOULAIS (Alf.). — Sur un cas de grande dilatation de l'œsophage. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 21 février 1908, p. 254 266 Discussion : M. Béclère.

MELTZER. — Ein Fall von Dysphagie. *Berl. klin. Wochenschr*, 1888, n. 8 u. 9.

MERMOD. — Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, s. 422.

MIKULICZ. — Zur Pathologie und Therapie des Cardiospasmus. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1er janvier 1904, p. 17 ; 7 janvier 1904, p. 50.

MIKULICZ. — *Mittheilungen aus den Grenzgebieten*, Bd. XII, H. 5.

MINTZ — Ein seltener Fall von einem Divertikel der Speiseröhre. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1893, n° 10.

Netter (J.). — Ueber Erweiterung der Speiseröhre im unteren Abschnitt. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1898, Bd. 4, p. 114.

Neumann. — *Centralblatt für Grenzgebiete d. Med. u. Chir.*, 1900, p. 166, 250 et 314 ; contient 73 indications bibliographiques.

Openchowski et Kronecker. — *Centralblatt für Med. Wissenschaft*, 1883, n° 31 (Th. Baudin)

Reisinger (de Mayence). — *Traitement chirurgical de la dilatation de l'œsophage.* XXXVI[e] congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 3 au 6 avril 1907.

Revisdeff. — Signe clinique de rétrécissement chronique de l'œsophage. *Praktitcheski Wratch*, n° 4, 26 janvier 1908, p. 61-63.

Richartz. — Zur Etiologie der gleichmässigen OEsophaguserweiterung. *Deutsche med. Woch.*, 1905, n° 35.

Rosenheim. — Ueber Spasmus und Atonie der Speiseröhre. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1899, N. 45, 46, 47.

Rosenheim. — Ueber Erweiterung des OEsophagus ohne anatomische Stenose ; sog. idiopatische. *Berliner Klinische Wochenschr.*, 17, 24 et 31 mars 1902, n[os] 11, 12 et 13.

Rumpel (Th.). — Die klinische Diagnose der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung *Münch. med. Wochenschr.*, 1897, n. 15-16, et 1899, p. 76.

Rutimeyer. — Voir Huber.

Schilling. — *Die Krankheiten der Speiseröhre*. Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1903.

Schlippe. — Physikalische Untersuchungen bei der Anwendung des Magenschlauches. *Deutsch. Arch f. Klin. med.*, vol. LXXVI, p. 458.

Schmidt. — Spindelförmige Erweiterung des OEsophagus. *Münch. med. Wochenschr.*, 1899, p. 304.

Sencert (L.). — Sur un cas de rétrécissement spasmodique du cardia. *Revue hebd. de laryngol., d'otologie et de rhinol.*, 1906.

Souligoux. — Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour un rétrécissement, avec dilatation énorme de l'œsophage, probablement d'origine congénitale. *Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 233.

Spengler. — Beobachtung einer Hypertrophie des OEsophagus. *Wiener med. Wochenschr.*, 1853, p. 385.

Spögren *Zur Röntgendiagnostik der Speiseröhrenerweiterungen Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, vol. X, p. 270.

Starck (H.). — Die Erkrankungen der Speiseröhre. *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin*. Würtzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1903.

Starck. — Bericht über œsophagoskopische Diagnostik. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 9 février 1904, n° 6, p. 246.

Stern. — Ein Fall von gleichmässiger Erweiterung des OEsophagus. *Arch. für Heilkunde*, Bd. xvii, p. 437.

Strauss (H.). — Zur Diagnose und Therapie der cardiospastischen Speiseröhrenerweiterung. *Berliner klin. Wochenschr.*, 5 décembre 1904, n° 49, p. 1261.

Strauss (H.). — Demonstration eines Präparates von « sogenannter idiopatischer OEsophagusdilatation ». *Verhande des Congresses für innere Medicin*, Berlin, 16 à 19 avril 1901, page 533.

Strumpell. — Spindelförmige Erweiterung des OEsophagus ohne nachweisbare Stenosenbildung. *Arch. f. Klin. Med.* Bd 29. 1881.

Thiroloix et Bensaude (R.). — Sur un cas de dilatation de l'œsophage avec sténose spasmodique chronique du cardia (dilatation dite idiopathique). Confusion avec une sténose du pylore. Radioscopie, œsophagoscopie. Traitement par les courants de haute fréquence. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 17 janvier 1908.

Westphalen (H.). — Ein weiterer Fall von diffuser idiopathischer OEsophagusdilatation. *Arch. f. Verdauungskr.*, 1899, Bd. V, p. 106.

Wiebrecht. — Ueber die Ectasie des OEsophagus (Inaug. Dissert. Göttingen, 1897).

Wilms. — Voir Huber.

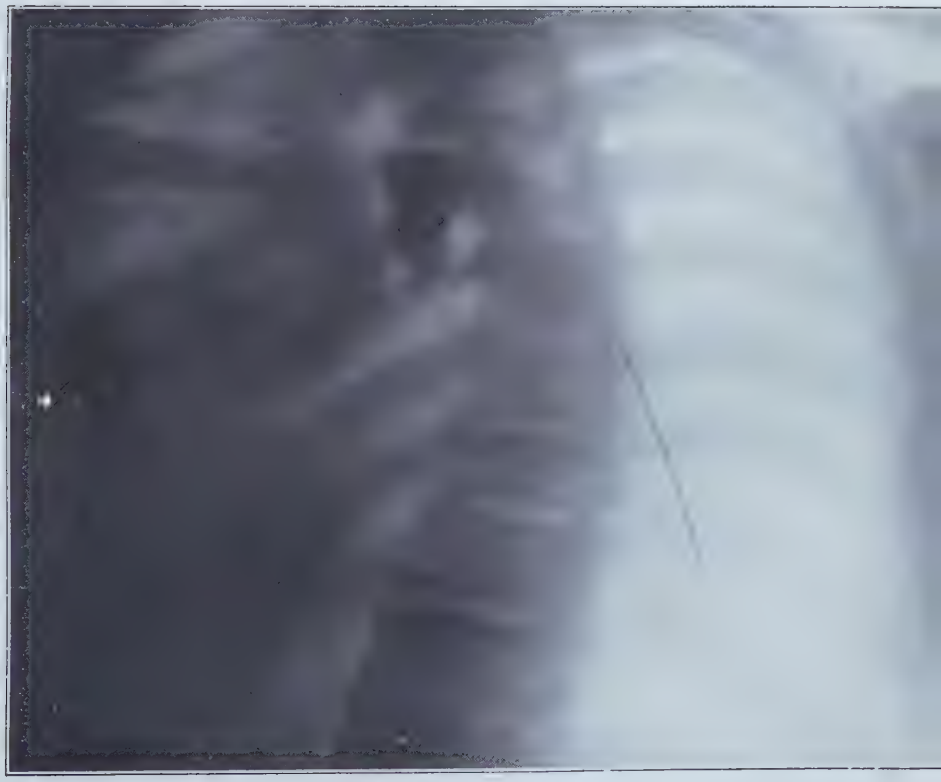
Yung (F.). — Zur Diagnose der Divertikel im unteren Abschnitt der Speiseröhre. *Arch. f. Verdauungskr.*, 1900, Bd. VI, p. 45.

Zenker. — Zenker u. V. Ziemssen, Krankheiten des OEsophagus. *Hand. d. spec. Pathol. u. Therapie*, vii.

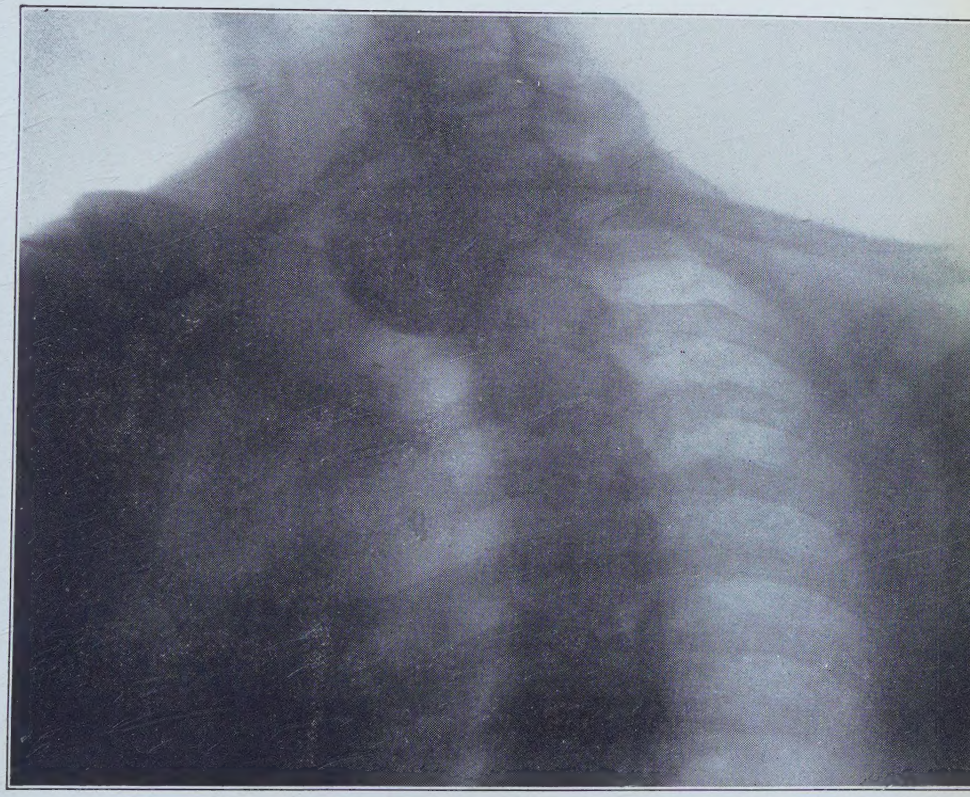
Zusch. — Ueber spindelformige Erweiterung d. Sperseröhre un unterst. Abschritt. *Deutsches Archiv. f. Klin. Medizin*, vol. LXXIII, 1902. Festschrift du Prof. Küssmaul.

Zweig. — Zur Diagnose der tiefsitzenden OEsophagusdivertikel. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1901, n° 33, p. 558.

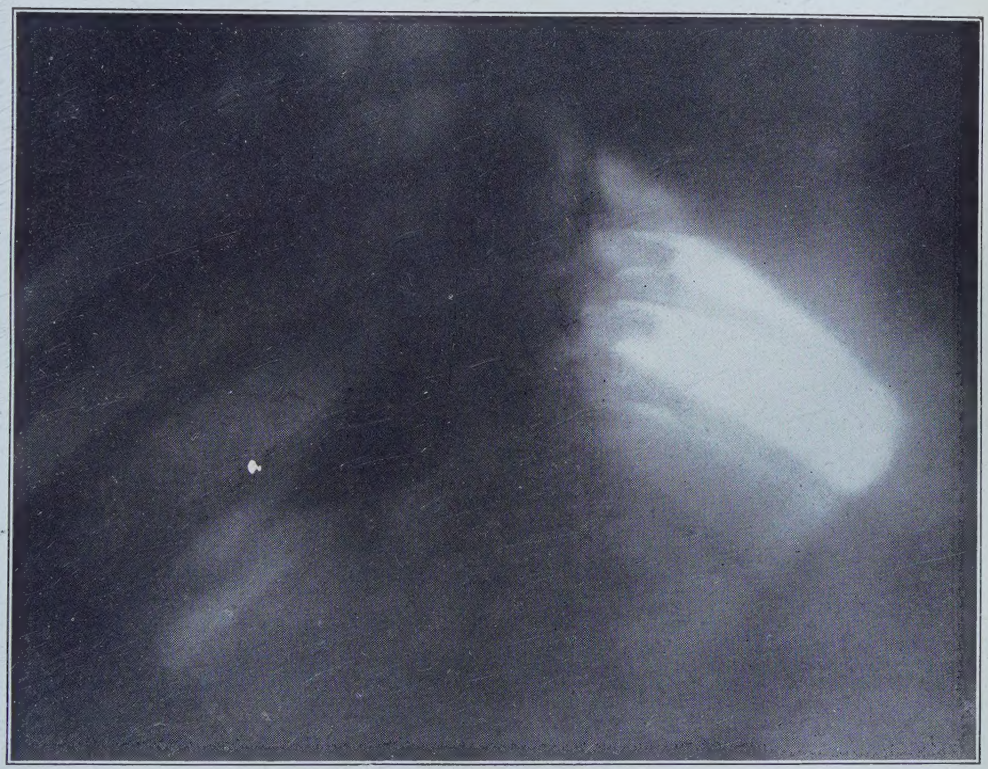
IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.



Radiographie en position oblique antérieure gauche. Lecture en position oblique postérieure gauche. Sténose néo-plasique de l'œsophage. Cachet de bismuth.



Radiographie en position oblique antérieure gauche. Lecture en position oblique postérieure gauche. Diverticule de l'œsophage.



Radiographie en position oblique antérieure gauche. Lecture en position oblique postérieure gauche. Dilatation de l'œsophage sus-jacente en un cardiospasme. *(Obs. II.)*